1898
Lane Medical Library

Ueber Carcinoma recti

46 Fälle aus der Königl. chirurg. Klinik zu Greifswald.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 15. März 1898,

Mittags $1^1/_2$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hubert Weber

aus Haldern (Rheinl.)

Opponenten:

Herr Dr. med. Joh. Küppers, approb. Arzt.
Herr Dr. med. Jul. Bremig, approb. Arzt.
Herr Dr. med. Gustav Sprave.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1898.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0075

Die häufigste und zugleich bösartigste aller Neubildungen im Mastdarm ist das Carcinom. Dasselbe kommt besonders vor bei älteren Personen jenseits der fünfziger Jahre, doch findet man es auch bei jüngeren Individuen; so erwähnt Majot schon ein Mastdarmcarcinom bei einem zwölfjährigen Knaben. Männer werden im allgemeinen mehr davon befallen als Frauen.

Das Carcinom kommt im Mastdarm in allen möglichen histologischen Verschiedenheiten zur Beobachtung, besonders häufig sind Cylinderepithelkrebs und Plattenepithelkrebs. So berichtet Kraske: Von 79 Fällen von Mastdarmcarcinomen, welche er der Radikaloperation unterworfen habe, seien 74 Cylinderepithelkrebs und 5 Plattenepithelkrebs gewesen.

Klinisch wichtig ist der Ausgangspunkt der Geschwulst. So kann die Neubildung über den Schliessmuskeln ihren Sitz haben, oder sie sitzt im Bereiche dieser Muskeln selbst oder aber am Eingang des Afters. Eine Lieblingsstelle ist auch die Grenze zwischen Mastdarm und Flex. sigmoid. Liegt das Carcinom in den höheren Teilen, so kann es einen ganz bedeutenden Umfang erreichen, ohne dem Kranken besondere Schmerzen zu verursachen. Die Beschwerden, die beim Stuhlgang infolge der Verengerung auftreten, schreiben die Patienten meist einer Hämorrhoidalaffection zu. Das Carcinom aber, welches seinen Sitz im Bereich der Schliessmuskeln hat, verursacht ungeheuere Schmerzen. Der Mastdarmkrebs kann auch auf benachbarte Organe übergreifen. So durchwuchert er im Laufe der Zeit meist ziemlich schnell das Bindegewebe rings um das Darmrohr, die Lymphdrüsen schwellen an, bei Männern geht er über auf die Prostata und Blase und ruft so Störungen

in der Urinentleerung hervor, bei Weibern geht er auf Vagina und Uterus mit seinen Adnexen über, durchwächst event. die äussere Hautdecke, bildet so zahlreiche Fistelgänge, welche ein höchst foetides Sekret absondern. Schliesslich dehnt sich das Carcinom nach oben hin auf das Peritoneum aus und erzeugt daselbst disseminirte Carcinose des Bauchfells. Verhältnismässig oft tritt das Carcinom sofort ringförmig auf, was schon bei geringer Entwickelung einen hohen Grad von Stenose zur Folge hat, so dass die Defäcation bedeutend erschwert wird. Häufig tritt Zerfall und Ulceration der Krebsknoten auf, es kommt zu weitgehenden Zerstörungen der Neubildung mit Perforation in Scheide und Blase. Als erstes Krankheitssymptom treten gewöhnlich die Erscheinungen der Stenose auf; es entsteht Verstopfung, teils mechanisch durch die Verengerung des Mastdarms, teils infolge der Lähmung der comprimierten und infiltrierten Muskelfasern. Die Entleerung der Faeces wird stets geringer, bandartig geformt und äusserst schmerzhaft. Neben den Faeces werden schleimige und eiterige Massen entleert; nicht selten erfolgen in der Zwischenzeit zwischen den Stuhlentleerungen oder mit diesen selbst starke Blutungen. Durch das Wachsen des Carcinoms werden die Beschwerden immer grösser. Es wird zerfallenes Gewebe und eine Jauche von abscheulichem Geruche abgesondert. Nun wird allmählig auch das Allgemeinbefinden des Pat. sehr ergriffen. Die aufgenommenen Fäulnisprodukte vergiften den Organismus, die Farbe des Gesichtes wird fahl, das Fett der Haut schwindet, es tritt die sogen. Krebskachexie ein. Appetitlosigkeit, ab und zu Fieber und hochgradige Erschöpfung zeigen das baldige Ende an, das durch die oft eintretenden Blutungen noch beschleunigt werden kann. Ist die Verengerung eine hochgradige und geht sie ziemlich hoch hinauf, so tritt, wenn keine Kunsthülfe angewendet wird, der Tod häufig durch Ileus ein, bevor Erschöpfung und Cachexie dem Pat. das Leben nehmen.

Unerlässlich notwendig ist zu einer bestimmten Diagnose des Mastdarmkrebses die Digitaluntersuchung. Die meisten diagnostischen Fehler beruhen darauf, dass man sich mit der Annahme von Hämorrhoiden begnügt und nicht mit dem Finger untersucht. Der untersuchende Finger fühlt beim Vorhandensein eines Carcinoms blumenkohlartige Wucherungen, die entweder derben Widerstand leisten oder unter Fingerdruck leicht zu zermalmen sind und das Darmrohr verengern.

Die fast immer gestielten Polypen dürften wohl kaum zur Verwechselung Anlass geben. Am ehesten könnte Lues zur Verwechselung führen: Knotige, leicht blutende und zerdrückbare Geschwülste sprechen für krebsige Natur. Dazu kommt dann noch die Anamnese und der in manchen Fällen so ganz verschiedene Verlauf: Der Jahre lang hingezogene Verlauf bei Lues, der beschleunigte des Carcinoms. Der sicheren Diagnose entziehen sich meist die Fälle von sehr hochliegenden Carcinomen. Hier kommt man zuweilen durch Exploration mit der halben oder ganzen Hand oder durch Einführung eines Spiegels ins Klare. Ist dies nicht möglich, so ist man nur im stande, aus den anatomischen Momenten, aus dem Alter des Patienten, dem schnellen Verlauf der Cachexie, der Drüsenanschwellung u. s. w. mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit auf carcinomatöse Stenosen zu schliessen. Von besonderer Bedeutung ist es noch, bei der Untersuchung Rücksicht zu nehmen auf die Ermittelung der Ausdehnung des Krebses nach der Fläche und Tiefe, indem sich daran die Möglichkeit der operativen Beseitigung knüpft.

Die Hilfe, die die Chirurgie bei Mastdarmcarcinomen bietet, ist eine doppelte, entweder die radikale Entfernung des Carcinoms oder die palliative Behandlung. Für die radikale Operation giebt es 2 Methoden, nämlich die sakralen und die perinealen. Von den sakralen werden am meisten benutzt die von Kraske und Kocher; von den perinealen die von Lisfranc und Dieffenbach.

Dr. Hochenegg[1]) empfiehlt die Sacralmethode als Normalverfahren. Bei Drüsenmetastasen, wo an eine radikale Therapie nicht mehr zu denken ist, kann durch die sakrale Methode doch die Darmstriktur beseitigt werden.

Prof. Heineke[2]) sagt dagegen, dass die Operation von Kraske nach der Heilung eine störende Schwäche des festen Beckenbodens zur Folge habe, welche leicht zum Darmprolaps Veranlassung gebe. Ausserdem verliere der sphinct. ani durch die Wegnahme des Steissbeins seine hintere Insertion, wodurch seine Funktionen beeinträchtigt würden. Prof. H. möchte deshalb an Stelle der gänzlichen Entfernung des Steissbeins und eines Teils des Kreuzbeins, die temporäre Resektion des Knochens setzen. Er selbst hat dieses Verfahren 1 Mal ausgeführt und es hat, wie er angiebt, die Auslösung des Carcinoms wesentlich erleichtert. Auch Herr Geh. Rat Prof. Dr. Helferich wendet öfters diese temporäre Resektion an.

Die perinealen Methoden wurden, so berichtet Dr. G. B. Schmidt in Heidelberg,[3]) dann gewählt, wenn das Carcinom dicht in der Nähe des Afters begann oder bereits auf die äussere Haut übergegriffen hatte. Die Dieffenbach'sche Methode wurde mehr und mehr durch die Kraske'sche Operation ersetzt.

Dr. Benno Schmidt[4]) vergleicht die sakrale Methode der Rektumexstirpation mit der perinealen und findet, dass die erstere die grössere Möglichkeit der Entfernung alles Kranken und besonders auch der hochsitzenden Carcinome schafft. Die perineale Methode aber bessere funktionelle Resultate bietet. Bei der letzteren giebt Schmidt der Lisfrank'schen Methode

[1]) Wiener klin. Wochenschrift I. 11—16. 1888. „Die sakrale Methode der Exstirp. von Carc. recti nach Prof. Kraske.

[2]) Münchener mediz. Wochenschrift XXXV. 38. 88.

[3]) Berliner Wochenschrift 24. 1892. „Über die Operationsmethoden bei Rektum carcinom und deren Enderfolge."

[4]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XXXIV p. 549. 1892. „Beiträge zur operativen Behandlung des Mastdarmkrebses."

den Vorzug, die er mit Vorteil auch dann anwendet, wenn das Carcinom oberhalb des Sphinkters, ja bis zu einer Entfernung von 3—5 cm beginnt.

Was nun die Indikationen für die radikale oder palliative Operation anbetrifft, so berichtet C. Funke[1]) in der Zeitschrift für Heilkunde über 156 operierte Fälle von Rektumcarcinome: „Die Indikation für die radikale Operation war gegeben, wenn überhaupt nur noch die Möglichkeit einer radikalen Entfernung des Tumors vorlag und der Kräftezustand des Patienten einen solchen Eingriff erlaubte, ohne Rücksicht auf etwaige leichte Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Nur der Nachweis von Metastasen in den inneren Organen bildete eine absolute Contraindikation gegen die radikale Operation."

Ist also das Carninom inoperabel, so wird die palliative Behandlung angewendet. Diese besteht in den meisten Fällen in der Anlegung eines Anus praeternaturalis, also in der Colostomie.

Dr. Sigismund Lehmann[2]) berichtet über 45 Fälle von Colostomie aus der Czernyschen Klinik und er kommt zu dem Schlusse, dass die Colostomie bei inoperabelen Rektumcarcinomen die beste Behandlung ist, namentlich wenn sie nur in den Fällen gemacht wird, die einem lokalen Verfahren nicht mehr zugänglich sind, in denen aber ohne chirurg. Hülfe das Leben des Patienten in Frage gestellt wäre. In den Fällen, in denen die Krankheit an und für sich nicht schon totbringend ist, wie beim Rektumcarcinom, leistet die Colostomie selbst den höchsten Erwartungen Genüge und steht sicherlich hinter keiner anderen, in solchen Fällen angewandten Operation zurück.

Was nun noch die Prognose der Rektumcarcinome angeht, so ist dieselbe eine relativ gute. In der medizinischen Gesell-

[1]) Zeitschrift für Heilkunde XVIII 1. p. 1. 1897. „Erfahrungen über die operative Behandlung des Rektumcarcinoms."

[2]) Beiträge zur klinischen Chirurgie XVIII. 2. p. 322. 1897. „Über 45 Fälle von Colostomie an der Czernyschen Klinik."

schaft zu Leipzig wird die Prognose des Mastdarmcarcinoms nach den bis dahin vorliegenden Resultaten nicht nur nicht ungünstig, sondern als die beste von allen Carcinomen, falls eine vollständige Exstirpation vorgenommen werden könne.

Es ist mir nun die Aufgabe zu teil geworden, im folgenden Bericht zu erstatten über 46 Fälle von Mastdarmcarcinomen, die in der hiesigen chirurg. Klinik in den Jahren 1888 bis 1897 von Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Helferich teils radikal operiert, teils palliativ behandelt wurden.

Was die Anlage meiner Arbeit anbetrifft, so teile ich die Fälle in operabele und inoperabele ein, möchte aber von vorneherein darauf aufmerksam machen, dass es mir nicht immer möglich ist, genaue Resultate über die verschiedenen Fälle mitteilen zu können, da einige Patienten die an sie gerichteten Fragen garnicht oder nur höchst mangelhaft beantwortet haben.

I. Operabele Fälle.

Fall I. Anamnese: Pat. ist der 53 Jahre alte Fischer Herm. Ziebell aus Klein-Wekow. Derselbe giebt an, seit längerer Zeit an Hämorrhoiden gelitten zu haben, die von Zeit zu Zeit stark bluteten. Im Jahre 1887 wurde er in der hiesigen Klinik wegen einer linksseitigen Analfistel behandelt, dieselbe wurde gespalten, gebrannt und ging alsbald in Heilung über. Im September 1887 bildete sich rechts vom Anus eine weiche Geschwulst, die nach und nach bis zur Grösse eines Eies heranwuchs und dann aufbrach, worauf sich Eiter entleerte; da die Wunde sich nicht wieder schliessen wollte, liess Pat. sich in die hiesige chirurg. Klinik aufnehmen.

Status praesens: Mässig kräftiger Mann von blasser Gesichtsfarbe. Umgebung des Anus gerötet und infiltrirt, an der rechten hinteren Seite eine secernierende Fistel, durch welche die Sonde nicht in das Rektum gelangte. Bei Digitaluntersuchung per anum fühlte man wenige cm oberhalb des sphinct. int. knollige, z. T. gestielte, leicht blutende, relativ weiche Prominenzen, die der Rektalwand ringförmig aufsassen und besonders stark an der vorderen Wand entwickelt waren. Keine Verwachsungen mit der Blase. Verengerung des Rektallumens bequem durchgängig. Die Grenze des ringförmigen Tumors lässt sich nach oben hin leicht erreichen. Stuhl mit Blut

untermischt, ziehende Schmerzen bei Stuhlentleerungen, Urinieren schmerzfrei. Schwellung der Inguinaldrüsen nicht nachweisbar.

Am 21. I. 89 in N. zunächst Spaltung der Fistel und Excochleation. Durchtrennung des Sphinct. nach hinten in der Medianlinie behufs Freilegung der Tumoren. Unter Anwendung von Jodoformtampons und stägigem Gebrauch von Opium bleibt der Verlauf reaktionslos. Die Wunde schliesst sich allmählig, nur in der hinteren Raphe restiert noch ein schmaler Granulationsstreifen.

3. III. Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms. Durch einen unregelmässig bogenförmigen Lappen am Perineum wird die vordere Rektalwand freigelegt in einer Länge von 4—5 cm. Es folgt Umschneidung des anus in weiter Ausdehnung, wobei der kreisförmige Schnitt die infiltrirten Partieen umschneidet, also in gesunde Grenzen fällt. Darauf Lösung des Lappens, der den ganzen Sphincter in sich begreift, mit der Umgebung des Anus und den untersten Partieen des Rectums aus dem pararectalen Bindegewebe heraus, so dass das carcinomatöse Stück jetzt völlig freiliegt und mit samt den Sphincteren leicht extirpiert werden kann. Jodoform-Tampon und Situationsnähte zur Befestigung des centralen Rectalstückes an die äussere Haut. T. V.

Da die Sphinkteren fehlen, besteht fortwährende Incontinentia der Excremente; doch schliessen sich die Granulationsflächen allmählig. Da so die allmählige Narbenretraktion des unteren Mastdarmendes immer mehr an Halt verliert, prolabiert die Schleimhaut nach und nach trotz unausgesetzter Tamponade mit Jodoformgaze.

Am 5. V. wird Pat. mit Gummipelotte zum Zurückhalten des Prolapses geheilt entlassen.

Laut Erkundigung lebt Pat. noch jetzt und fühlt sich sehr wohl.

Fall II. Anamnese: Pat. ist der 66 Jahre alte Fischer Friedr. Gollatz aus Kuhlerort. Derselbe war früher stets gesund. Seit einem halben Jahre leidet er an Stuhlverstopfung, Schmerzen und eiterigem Ausfluss aus dem Rectum. Da seine Schmerzen in der letzten Zeit stets zunehmen, so lässt sich Pat. in die hiesige chirurgische Klinik aufnehmen.

Status praesens: Schwächlicher, abgemagerter Mann. Bei der Digitaluntersuchung fühlt man unmittelbar über dem Anus eine unregelmässige, höckerige, beinahe ringförmige Geschwulst der Rektalwand, welche sich ungefähr 6—7 cm nach oben erstreckt. Nach hinten geht die Infiltration am höchsten. Die vordere Rektalwand ist am wenigsten beteiligt. Lymphdrüsenanschwellung nicht vorhanden.

25. X. 89. Operat. i. N. Umschneidung des Anus; stumpfe

Lösung des Darmrohrs von hinten und vorne her. Zur Erweiterung des Operations-Terrains Resektion des Steissbeins. Extirpation eines ca. 12 cm langen Stückes des Rektums mit der Analportion. Der Darm wird mit einigen Situationsnähten nach hinten gezogen und fixirt. Die übrige Wunde tamponiert. Anfangs langsamer aber reaktionsloser Heilungsverlauf. Die vor und hinter dem Darmrohr gelegenen Höhlen verkleinern sich schnell. Ein von der Wunde ausgehendes Erysipel geht innerhalb 14 Tagen in Heilung über. Mit einigen noch restierenden Granulationswunden vor und hinter dem Darmrohr wird Pat. entlassen. — Laut eingezogener Erkundigung ist der Pat. am 13. Oktober 1895 an allgemeiner Körperschwäche gestorben. Schmerzen haben sich seit der Operation nicht wieder eingestellt.

Fall III. Pat. ist der 52 Jahre alte Statthalter Joh. Boeck aus Vorwerk bei Demmin. Derselbe giebt an, schon im November 1886 an Carcinoma recti operiert zu sein. Bis zum Sommer 89 fühlte er sich wohl; alsdann stellten sich wieder Stuhlbeschwerden ein. Der Stuhl ging infolge der neuen Verengerung nur spärlich und unter Schmerzen ab, weshalb Pat. abermals die Klinik aufsuchte.

Status praesens: An der Analöffnung, ungefähr 2 cm sich nach oben erstreckend, findet sich an der hinteren Rektalwand eine harte unregelmässige, höckerige Geschwulstmasse. In der Kreuzbeinhöhlung fühlt man eine mächtige, harte Infiltration, deren untere Grenze in der Höhe des Steissbeins liegt, die obere Grenze ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Inguinaldrüsen sind beiderseits geschwollen. Handbreit über der Analöffnung ein nussgrosses Atherom.

7. I. 90 Op. i. N. Umschneidung der Analöffnung. Excision des ungefähr 5 cm langen unteren carcinomatösen Rektalendes. Ausschälung des Atheroms. Am 19. II. ist die Wunde bis auf kleine Reste vernarbt und Pat. wird mit einer Verschlusspelotte entlassen.

Pat. ist am 2. Juni 1891 getorben.

Fall IV. Anamnese: Pat. ist der 64 Jahre alte Chausseegelderheber Ernst Ihrke aus Tribseespass. Derselbe hatte seit Jahren an einem Mastdarmvorfall zu leiden, den er stets selbst reponieren konnte. Nachdem sich dieses Leiden allmählich von selbst gebessert hatte, erkrankte Patient nach einigen Monaten unter den Zeichen einer schweren Cachexie. Im Juni 1890 bekam er einige schwere spontane Blutungen aus dem Mastdarm, wobei er ungefähr 2½ Liter Blut verlor. Da seit diesen Blutungen der Pat. auch heftige, ziehende Schmerzen in der Analgegend verspürte, so liess er sich auf Anraten seines Arztes in die hiesige chirurg. Klinik aufnehmen.

Status praes.: Schwächlicher Mann von kachektischem Aussehen Die Untersuchung per anum ergiebt einen ca. hühnereigrossen derben Tumor, welcher im wesentlichen der vorderen Wand des Rektums breitbasig aufsitzt und eine schmale Fortsetzung nach links hat, welche mit einer Spitze bis in die Gegend des Steissbeins reicht. Der Tumor ist nach oben hin mit dem Finger leicht abzugrenzen und entspricht ungefähr den Regionen der Prostata. Bei der kombinierten Untersuchung per anum und per Cath. erkennt man, dass der Tumor mit der Urethra innig verwachsen ist. Beschwerden von seiten des Urogenitalapparates sind nicht vorhanden. Der Tumor ist an einer kleinen Stelle rechts ulceriert; diese Stelle ist bei Berührung intensiv schmerzhaft.

18. VII. 90. Op. i. N. zunächst Anlegung eines Anus praeternaturalis. Zu diesem Zweck wird ein 4 cm langer Schnitt parallel dem Paupart'schen Bande, 3 cm über der linken spina ant. sup. geführt. — Vorziehen des S Romanum und Abtragung eines Stückes Netz nach sorgfältiger Unterbindung. (Peritoneum wird in der typischen Weise mit fortlaufenden Nähten an die äussere Haut angenäht). Unter der vorliegenden Darmschlinge wird ein umwickeltes Drainrohr durch eine in das Mesenterium gemachte Öffnung hindurchgezogen; die Darmschlinge darauf in Jodoformgaze eingehüllt. T. V. Täglich Opium und geringe flüssige Kost.

Nach 5 Tagen wird die vorliegende Schlinge mit der Scheere flach abgetragen und in das zuführende Darmende ein dickes Drainrohr eingelegt, welches mit einem Quätschhahn geschlossen werden kann. Die Defäcation erfolgt durch dasselbe leicht.

2. VIII. Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms. Der Anus wird durch 4 sich rechtwinkelig kreuzende Schnitte losgelöst und darauf das Rectum vorsichtig aus dem umgebenden Gewebe heraus präpariert, dabei muss die Pars membranacea der Urethra sowie die ganze Unterfläche der Prostata freigelegt werden. Es zeigt sich, dass feste Verwachsungen mit diesen Organen nicht vorhanden sind. Nachdem das Rectum weit über den Tumor hinaus lospräpariert ist, wird dasselbe mit 6 Nähten, welche gleichzeitig zum Verschluss eines kleinen Risses im Peritoneum dienen, angeschlungen und das untere Ende mit dem Tumor vor den Nähten abgetragen. Die grosse Wunde wird mit Jodoformgaze tamponiert und eine T.-Binde angelegt. Im Laufe der nächsten Wochen verkleinert sich die Operationswunde ganz bedeutend, so dass der Pat. am 13. IX. 90 entlassen werden kann. — Ich konnte weiter über den Pat. nichts erfahren, als dass er einige Monate nach seiner Entlassung gestorben ist.

Fall V. Anamnese: Pat. ist der 68 Jahre alte Bäckermeister Karl Menzel aus Loitz. Derselbe giebt an, im Jahre 1889 einen Vorfall der Rektalschleimhaut bekommen zu haben, den der herbeigeholte Arzt reponiert habe. Seit der Zeit konnte Pat. den Stuhl nicht mehr halten. Der Stuhl war oft mit Blut vermischt. Schmerzen hat Pat. nur bei hartem Stuhl. Vor einigen Jahren will Pat. eine starke Hämorrhoidalblutung überstanden haben.

Auf Anraten seines Arztes sucht Pat. Hilfe in der hiesigen chirurg. Klinik.

Stat. praes.: Pat. ist ein alter gebrechlicher Mann mit ausgebreitetem Bronchialkatarrh. Bei der Digitaluntersuchung fühlt man an der vorderen Wand des Rectums eine ungefähr 6 cm lange, 3—4 cm breite, harte Geschwulst mit einigen harten Knoten in der Umgebung. Die Geschwulst ist leicht verschieblich und der Zeigefinger erreicht ohne Schwierigkeiten die obere Grenze der erkrankten Partie.

15. IX. 1890. O. i. N. Exstirpation des Carcinoms in der typischen Weise wie in Fall II.

An den beiden ersten Tagen nach der Operation war das Befinden des Pat. leidlich, dann trat Fieber und trotz Wasserkissen fortschreitender Decubitus ein. Am 19. IX. Coma und am 20. Exitus letalis.

Section ergiebt genügenden Schluss der Nahtlinie. Im Rektum auf der Schleimhaut oberflächliche Nekrosen, alte Bronchitis, an den übrigen Organen nichts abnormes.

Fall VI. Pat. ist die 39jährige Malersfrau Anderson aus Anklam.

Anamnese: Patientin hat seit Weihnachten 1889 heftige Beschwerden im Magen, verbunden mit starkem Stuhldrang und gleichmässig andauernden Schmerzen im After. Der Stuhlgang war sehr unregelmässig und oft mit Blut und Schleim vermischt. Die Schmerzen nehmen von Tag zu Tag zu und die Blutbeimischung wurde immer reichlicher und häufiger. Im Juni 1890 abortierte Pat. im 7. Monat der Schwangerschaft, laut Angabe veranlasst durch starke andauernde Krämpfe. Seit einigen Wochen ist Patientin nicht mehr im stande, die Faeces zu halten, weshalb sie die hiesige chirurg. Klinik aufsucht.

Status praes.: Pat. ist eine etwas blass, sonst aber gesund aussehende Frau. Bei der Digitaluntersuchung fühlt man, dass das Rektum etwa 4—5 cm völlig normal, dann aber die oberen Partieen ringförmig von einem harten, zerklüfteten Tumor eingenommen sind, der das Lumen derart verengt, dass es für einen Finger nicht mehr

durchgängig ist. Der Tumor scheint in toto mit dem Rektum etwas beweglich zu sein. Wie weit der Tumor hinaufragt, lässt sich nicht feststellen; von der Vagina aus fühlt man den Tumor als harte Resistenz, doch ist die Vaginalwand frei auf ihm verschieblich. Die Inguinaldrüsen sind etwas geschwollen.

23. VI. 90. Op. i. N. Es wird ein Schnitt geführt gleich hinter dem After in der Analfurche bis über das Steissbein, dann bogenförmig etwas nach links abweichend. Darauf Umschneidung des Steissbeins und Resektion desselben; ferner Resektion eines ungefähr 1 cm langen Stückes des linken Kreuzbeinendes und völlige Freilegung des Rektums. Der Tumor ist ungefähr 6 cm lang und überall völlig ringförmig. Um das Rektumstück völlig im Gesunden zu exstirpieren, lässt sich eine Verletzung des Peritoneums im Douglas nicht vermeiden. Nachdem das Rektum durch einen Jodoformgazestreifen abgeschnürt ist, wird oberhalb und unterhalb der Neubildung das Rektum abgetrennt. Das Peritoneum des Douglas wird in die Serosa des oberen Rektumstückes eingenäht. Das obere Rectumstück wird alsdann durch das untere, durch den Sphinkter und die Analöffnung hervorgezogen und an die äussere Haut angenäht. Dann Tamponade und Watteverband.

Die ersten Tage nach der Operation flüssige Diät und Opium.

Während das Rektum mit der äusseren Haut gut verklebt ist, verkleinern sich die Höhlen vor und hinter dem Rektum immer mehr, weshalb Patientin am 21. IX. entlassen wird.

Dieselbe ist am 24. Aug. 1894 gestorben.

Fall VII. Pat. ist die 52 J. alte Arbeiterin Wilhelmine Rogge aus Pasewalk.

Anamnese: Nachdem Pat. vom Januar des Jahres 1889 ab während 3 Monaten an ununterbrochenen, wenn auch geringen Blutungen aus der Scheide im Anschluss an ihre damals erfolgte Regel gelitten hatte, stellte sich als die Blutungen endlich nachgelassen, öfters erfolgloses Drängen zum Stuhlgang ein. Der Stuhl war 4—7 Tage angehalten, von grauer Farbe und in Form von radieschengrossen Knollen. Als Patientin nun im Mai abermals von fortwährendem Stuhlgang belästigt wurde, traten haselnussgrosse, weiche, knollige Gebilde aus der Afteröffnung, welche in Contact mit dem After standen und innerhalb 6—8 Wochen allmählig kleiner wurden bis zum Verschwinden. Im Anschluss daran bildete sich nun eine Anzahl erbsen- bis bohnengrosser, schmerzhafter, derber und weicher Knollen, welche allmählig wieder verschwanden, um neuen Platz zu

machen. Die Afteröffnung war durch diese Knollen bis auf ein enges Lumen reduciert, so dass nach wiederholtem heftigen Drängen nur eine geringe Menge Faeces in Form eines Regenwurms heraustraten. Zugleich wurde eine Menge Blut entleert. Da sich von jetzt an der Zustand der Pat. von Tag zu Tag verschlechterte, liess sie sich auf Anraten ihres Arztes in die hiesige chirurg. Klinik aufnehmen.

Status praes.: Leidlich gut genährte Frau. An der Afteröffnung einige innere Hämorrhoidalknoten, die beim Drängen hervortraten. Etwa 5 cm über der Afteröffnung sitzt rings herum ein harter, unregelmässig zerklüfteter Tumor, der das Lumen des Rektums so einengt, dass man nur mehr die Kuppe des Fingers hineinlegen kann. Mit der Vaginalwand ist der Tumor nicht verwachsen. Wie hoch derselbe im Rektum hinaufragt, lässt sich nicht feststellen. Bei Berührung ist derselbe schmerzhaft. Pat. leidet an fast fortwährendem Stuhlgang; es entleeren sich immer nur wenige, kleine Kotballen, zuweilen mit Schleim und frischem Blut vermischt. Vor und nach dem Stuhlgang hat Patientin heftige Schmerzen. Da der Reinigung des Darmes sich grosse Hindernisse entgegenstellten und ferner nicht ermessen werden kann, wie hoch das Carcinom hinaufragt, so wird zunächst auf der linken Seite in der im Fall IV angeführten Weise ein Anus praeternaturalis angelegt.

27. XI. 90. Op. in N. Exstirpation des Carcinoms in typischer Weise. Zugleich wird noch ein taubeneigrosses Uterusfibrom, welches bei der Exstirpation des Carcinoms sichtbar wird, excidiert.

In den ersten Tagen nach der Operation fühlte sich Patientin sehr elend. Peritonitische Erscheinungen fehlten vollständig, doch fieberte Pat. fortwährend bis zu 38.5°. Nachdem nach einigen Wochen überall Verklebung der durcheinandergezogenen Darmpartieen eingetreten und das Fieber verschwunden war, wurde Pat. am 8. I. 91 entlassen. Der angelegte Anus praeternat. funktionierte gut.

Es liess sich nichts weiteres über die Pat. ermitteln, als dass sie nach 11 Monaten an allgemeiner Carcinose gestorben ist.

Fall VIII. Pat. ist der 44 J. alte Statthalter Friedr. Schultz aus Scharlottenhof.

Anamnese: Pat. merkte im Frühjahr 1890, dass sein Stuhl ab und zu mit Blut vermischt sei; da er jedoch durchaus keine Schmerzen verspürte, so hielt er sein Leiden für unbedeutend. Im Sommer dess. Jahres stellte sich nun zweimal eine profuse Blutung aus dem Mastdarm ein verbunden mit heftigen Schmerzen. Zugleich merkte Pat. auch, dass sich häufiger Stuhldrang einstellte, weshalb er die hiesige chirurg. Klinik aufsuchte.

Status praes. Pat. ist ein ziemlich kräftiger Mann. Bei der Digitaluntersuchung fühlt man im Rektum oberhalb des Sphinkters einen derben, knolligen Tumor, welcher ungefähr die vordere Hälfte der Peripherie der Rectumschleimhaut einnimmt; seine obere Begrenzung ist für den untersuchenden Finger leicht erreichbar; die hintere Rektumhälfte ist frei. Drüsenanschwellung nicht nachweisbar.

19. XI. 91. Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie in Fall II.

Am 23. XII. war die Wunde geheilt bis auf eine kleine Granulationshöhle vor dem Anus von der Grösse einer Wallnuss. Pat. entlassen.

Pat. ist in der Folgezeit frei von Schmerzen gewesen und im Anfang des Jahres 1896 gestorben.

Fall IX. Patientin ist die 74jährige Försterswitwe Frau Fischer aus Greifswald.

Anamnese: Patientin merkte seit 2 Jahren heftiges Drängen aus dem Rektum verbunden mit intensiven Schmerzen. Da eine medikamentöse Behandlung erfolglos blieb, so liess sich Patientin in die hiesige chirurg. Klinik behufs Operation aufnehmen.

Stat. praes.: Patientin ist eine alte noch relativ kräftige Frau. Die Untersuchung per anum ergiebt: Ungefähr 1 cm oberhalb des Sphinkter ani ext. ist die hintere Rektalwand links von der Mittellinie, die linke seitliche Rektalwand und die vordere Rektalwand bis ziemlich zur Mittellinie von einem harten, höckerigen, anscheinend nicht ulcerierten, bei der Berührung nicht blutenden und nicht schmerzhaften Tumor eingenommen. Mit der hinteren Vaginalwand ist derselbe verwachsen, dagegen ist er im übrigen verschieblich. Lymphdrüsenschwellung und sonstige Metastasen sind nicht nachweisbar. Ausser Arteriosclerose und Lungenemphysem ergiebt die Untersuchung nichts abnormes.

1. VII. 1892. Op. in N. Exstirpation des Carcinoms. Es wird ein Schnitt geführt, der dicht vor der Steissbeinspitze etwas rechts von der Mittellinie beginnt, von hinten den Anus umkreist, links von demselben nach oben verläuft, durchs lab. maj. zwischen mittlerem und unterem Drittel geht, dann die hintere Scheidenwand ungefähr in der Hälfte der Höhe derselben durchdringt bis an die Stelle, wo die hintere Wand in die rechte Seitenwand übergeht und dann senkrecht nach abwärts zu dem Ausgangspunkt zurückkehrt. In diesem Schnitt wird das Rektum und die Vagina aus dem umgebenden, lockeren Bindegewebe leicht herausgelöst und dann abgeschnitten, so dass auf diese Weise der Tumor mit samt $1_{/2}$ cm gesunder Nachbarschaft entfernt ist. Vom Rektum ist die linke Seitenwand und etwas mehr als

die Hälfte der hinteren und vorderen Wand, von der Vagina die untere Hälfte der hinteren Wand entfernt. Darauf wird das Rektum in das Niveau der Hautwunde gezogen und in die Haut eingenäht. Vorne und hinten entsteht vor resp. hinter der betreffenden Rektalwand eine kleine, ungefähr wallnussgrosse Höhle. Dieselbe wird vorne und hinten durch eine quere Naht etwas verkleinert und mit Jodoformgaze austamponiert. In das Rektum wird ein mit Jodoformgaze umwickeltes Drain gelegt.

Unter fortwährendem Verband und Tamponswechsel, sowie Gebrauch von Opium u. s. w. ist die Wunde bis auf eine kleine gut granulierende Höhle zugeheilt, so dass Pat. entlassen werden kann.

Patient ist nach 5 Monaten gestorben.

Fall X. Patient ist der 51 Jahre alte Fischer Friedr. Brabandt aus Stralsund.

Anamnese: Seit $^1/_2$ Jahre fühlt Patient morgens beim Erwachen heftigen Stuhldrang. Auf dem Abort konnte er jedoch nur Blähungen und flüssige Excremente von sich geben, weshalb Patient die hiesige Klinik aufsuchte.

Stat. praes.: Patient ist ein ziemlich kräftig gebauter Mann. Die Untersuchung per rectum ergiebt ungefähr 4 cm oberhalb des Sphinkters eine Geschwulst, die die ganze Circumferenz des Rektums einnimmt. Dieselbe hat etwas höckerige Oberfläche, nach dem Lumen zu ist sie exulceriert, ferner ist sie von harter Consistenz, leicht blutend und auf der Knochengrundlage mässig verschieblich. Die Passage ist für den untersuchenden Finger durch die Geschwulst völlig versperrt. Drüsenanschwellungen sind nicht zu fühlen.

Diagnose: Carcinoma recti. Da es nicht gelingt durch Laxantien und Ausspülungen eine genügende Entleerung des Darmes zu erzielen, so schreitet man am 20. 9. 92 zur Anlegung eines Anus praeternaturalis, wie in Fall IV geschildert.

Am 8. X. 92 Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie in Fall II. Innerhalb 4 Wochen hat sich die Wunde so sehr verkleinert, dass Patient entlassen werden kann. Nach 14 Tagen soll Patient sich wieder vorstellen, damit sein anus praet. wieder allmählig geschlossen würde.

Pat. fühlt sich wohl bis zum 3. Mai 1897, wo er abermals die hiesige chirurg. Klinik aufsuchte, weil der Darm besonders in den letzten Jahren allmählich immer weiter nach aussen gedrängt ist.

Stat.: Pat. ist ein kräftiger Mann.

Am Abdomen ist ziemlich genau in der Mitte zwischen rechter Symphysenecke und linker Spin. ant. sup., wo vor ungefähr 5 Jahren

der anus praeternaturalis angelegt wurde, aus der völlig festen Bauchpforte ein ungefähr 22 cm langes Dickdarmstück prolabiert, mit der Schleimhaut nach aussen. Es verlängert und verkürzt sich unter dem Einflusse der Luft, zeigt lebhaft peristaltische Bewegungen, indem die untere Hälfte sich stark nach auf- und auswärts bäumen kann, während die obere Hälfte abwärts hängt. Bei weiterer Beobachtung zeigt sich, dass dieser Prolaps dem Darm zwischen Anus praeternaturalis und naturalis angehört, während das nach oben und auswärts liegende Lumen, welches wenig über das Niveau der Bauchdecken prominiert, als Colon descendens-Mündung den Kot entleert. In beide Röhren kann leicht eingegangen werden mit dem Finger; bei ersterer wird dadurch der Prolaps teilweise reponiert. Soweit hier vorgegangen werden kann, ist das Colon frei von Neubildung, ebenso das Rektum bei der Untersuchung vom After aus. Der Inhalt der Spritze entleert sich bei ziemlichem Druck nicht aus dem natürlichen After. Stuhlgang regelmässig alle 2 Tage.

Am 8./V. Op. i. N. Da eine Communication nicht mehr festgestellt werden konnte zwischen S. Romanum und After, so findet eine einfache Abtragung des Prolapses und eines Teiles des abführenden Stückes unter Benützung zweier Holzrollen von Finger- bis Daumendicke statt. Über diese massiven Rollen werden die Darmenden mit Catgut, Seide und Silber abgebunden, nachdem ihre Stiele durch Seidennähte an die Haut neu fixiert sind.

Am 17./V. Herausnahme der Rollen und Abtragung der gangränös gewordenen Darmenden. Schutz der Wunde mit Zinkpaste, Jodoformgaze und Watte. Abnahme der beiden letzteren beim Stuhlgang.

26./V. Geheilt entlassen.

Pat. lebt noch und fühlt sich wohl.

Fall XI. Pat. ist der 60 J. alte Bäckermeister Rud. Werner aus Treptow.

Anamn.: Pat. bemerkte seit $^1/_2$ Jahre kleine, langsam wachsende Knoten in der Analgegend, die nach und nach immer schmerzhafter wurden. Pat. konsultierte einen Arzt, der Bleiwasserumschläge und Salben verordnete, und als diese nichts halfen, die Knoten incidierte. Es entleerte sich bei der Incision nur Blut, kein Eiter, und auf Anraten des Arztes suchte Pat. die hies. chirurg. Klinik auf.

Stat. praes.: Pat. ist ein kräftiger Mann mit sehr gut entwickeltem Pannic. adip. und kräftiger Muskulatur. Beim Auseinanderziehen beider Glutaeen sieht man rechts neben der Analöffnung und dicht unterhalb der Grube, welche der Steissbeinspitze sonst entspricht, einen Tumor von ungefähr Apfelgrösse, der über dem Niveau

der übrigen Haut nur soweit hervorragt, wie eine kleine Calotte eines solchen Apfels. Die Palpation ergiebt, dass der Tumor ziemlich deutliche Grenzen hat, die den sichtbaren Veränderungen der über ihm liegenden Haut entspricht, und zwar einer lividen Verfärbung derselben. Inmitten dieser lividen Partie liegen 5 ungefähr linsengrosse Ulcerationen, die durch schmale Hautbrücken getrennt sind. Alle diese Ulcerationen sind flach, haben scharfe Ränder und einen mit nekrotischem Gewebe belegten Grund. Im übrigen ist die Geschwulst von harter Consistenz, bei der Palpation ist sie wenig schmerzhaft und hat eine ziemlich glatte Oberfläche. Bei der Digitaluntersuchung fühlt man, dass die Geschwulst ungefähr 5 cm in das Rektum hinaufragt, aus einzelnen Höckern besteht und anscheinend mit der Rektalwand verwachsen ist. Auf dem darunterliegenden Muskel scheint sie weniger verschieblich zu sein. Pat. giebt ausserdem noch an, einen linksseitigen Leistenbruch zu haben, der jedoch nicht zu fühlen ist. Ausser Rasselgeräuschen auf den Lungen ergiebt die Untersuchung der anderen Organe nichts Abnormes.

Am 8./VII. 93 O. i. N. Exstirpation des Carcinoms und des mit ihm fest verwachsenen Teils der Rektalwand. Ausführung wie in Fall II.

Pat. lebt und sein Befinden ist nach seiner eigenen Aussage ausgezeichnet.

Fall XII. Pat. ist der 47jährige Arbeiter Carl Rassmann aus Anklam.

Anamnese: Pat. giebt an, sein Vater sei an Augenkrebs gestorben. Er selbst hat bisher keine schwere Krankheit durchgemacht. Seit $^1/_2$ Jahre bemerkt Pat., dass sein Stuhl öfters eine schwarze Farbe zeigt. Da er aber durchaus keine Schmerzen verspürt, so hält er diese Erscheinung anfangs für unbedeutend. Später aber wurde der Stuhlgang schmerzhaft, es traten öfters leichte Verstopfungen auf und seit einem Monate fühlt Pat. einen kleinen, etwa daumgliedgrossen Knoten aus dem After treten, der sich nicht reponieren lässt. Zugleich stellten sich häufige und schmerzhafte Durchfälle ein, so dass Pat. allmählig sehr abmagerte, weshalb er die hiesige chirurg. Klinik aufsuchte.

Stat. praes.: Pat. ist ein stark abgemagerter Mann von gelblicher Gesichtsfarbe. Aus der Analöffnung ragt hufeisenförmig den Rand derselben umgebend, eine derbe, rote, etwas ulcerierte Geschwulst hervor, die im hinteren Quadranten einen nur wenige mm breiten Saum des Anus freilässt. Die Fortsetzung der Geschwulst nach innen ist gleichfalls derb und blumenkohlartig höckrig. Nach Einführung des Fingers bis zur Mitte der Grundphalanx lässt sich der

obere Rand der Geschwulst erreichen. Derselbe setzt sich scharf gegen die gesunde Schleimhaut ab. Die Geschwulst blutet leicht. Nach hinten gegen das Kreuzbein hin fühlt man undeutlich kleinere Geschwülstchen von der Grösse einer kleinen Erbse, strangförmig angeordnet. Dieselben sind gegen leisen Druck sehr empfindlich. In der rechten und linken Inguinalgegend fühlt man erbsen- bis bohnengrosse, harte Drüsen, von denen Pat. behauptet, dass sie schon 20 Jahre lang beständen.

Am 30./V. 94 O. i. N. Exstirpation des Carcinoms. Da sich bei der Operation zeigt, dass auch die Prostata mit dem Carcinom verwachsen ist, so wird auch diese samt den Samenbläschen und Samensträngen exstirpiert. Die Samenstränge werden unterbunden. Die Urethralwunde über einem Nelaton-Katheter genäht. Nachdem ein ungefähr 15 cm langes Stück Mastdarm isoliert ist, wird das ganze hervorgezogen und ca. 15 cm oberhalb der Analöffnung mit 2 Nähten angeschlungen. Distal davon wird alsdann der Darm durchschnitten. Mit 3 Seidennähten wird dann zu beiden Seiten der Darm an die Haut genäht. Die vordere und hintere Wundhöhle wird tamponiert. Nach ungefähr 3 Wochen ist der hintere Teil der Wunde völlig geschlossen, der vordere Teil bis auf eine ganz kleine granulierende Fläche. Der Anus ist gut, schliesst zwar nicht, aber Pat. merkt deutlich, wenn Stuhl kommt. Am 25. VII. 94 wird Pat. entlassen.

Nach eingezogener Erkundigung ist Pat. im Juni 1897 an hochgradiger Entkräftung gestorben.

Fall XIII. Pat. ist der 62jährige Zimmermeister Rud. Schwanhäuser aus Wilhelmshaven.

Anamnese: Pat. leidet seit 3 Monaten an Schmerzen beim Stuhlgang. Die Untersuchung, die vor 4 Wochen von seinem Sohne ausgeführt wurde, ergab eine Geschwulst im Rektum, weshalb Pat. die hiesige Klinik aufsucht.

Stat. praes.: Pat. ist ein kräftiger, wohlgenährter Mann. Die Digitaluntersuchung per rectum ergiebt, dass an der vorderen Circumferenz des Rektums ungefähr $1^1/_2$ cm oberhalb des Sphinkters ein Tumor gelegen ist. Derselbe ist von harter Consistenz, von höckeriger Oberfläche und geht auf die linke Seitenwand des Rektums über. Seine obere Grenze ist mit dem Finger nicht zu erreichen. Die genauere Untersuchung des Tumors ergiebt, dass er in der Mitte exulceriert ist, und dass die Ränder wallartig erhaben und hart sind. Der Tumor blutet sehr leicht bei der Untersuchung. Die Palpation des

Beckens auf eventuelle Drüsenmetastasen ist wegen der sehr dicken Bauchdecken nicht exakt durchführbar.

Am 12. 6. 94 Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie in Fall II. Einige Zeit nach der Operation zeigte sich, dass der grössere Teil der Nähte nicht gehalten, und infolgedessen das Rektum sich weit in die Tiefe zurückgezogen hatte. Deshalb nochmals Op. i. N. Zu beiden Seiten der Wundhöhle werden aus dem rechten und dem linken Glutaeus viereckige Hautlappen gebildet. Dieselben werden in die Höhle hineingelegt, so dass der rechte die rechte Seitenwand der Höhle, der linke die linke Seitenwand der Höhle bedeckt. Die Lappen werden durch Nähte fixiert, der Defekt durch Nähte verkleinert und ein Drain ins Rektum eingeschoben. Nach Verlauf von 6 Tagen zeigt sich ein Erysipel von der Wunde ausgehend. Dasselbe schreitet immer weiter bis zur Mitte des Rückens, so dass am 21. 8. 94 der exitus letalis erfolgt.

Fall XIV. Pat. ist der 69 Jahre alte Vorarbeiter Johann Fischer aus Oerzenhof.

Anamnese: Pat. fühlt seit 3 Monaten intensive Schmerzen bei der Stuhlentleerung, weshalb er sich auf Anraten seines Arztes in die hiesige chirurg. Klinik aufnehmen lässt.

Stat. praes.: Patient ist von kleiner Statur und in einem mittelmässigen Ernährungszustand. Bei der Untersuchung per anum fühlt man eine harte, flache, gleich oberhalb des Anus beginnende Geschwulst, die das Darmlumen ringförmig umfasst und nur nach dem Kreuzbein hin eine etwa fingerbreite, normale Schleimhautbrücke frei lässt. Es gelingt, mit dem Finger über die Geschwulst hinaus, an normale Schleimhaut zu gelangen. Verwachsungen sind nicht nachzuweisen. Urinbeschwerden nicht vorhanden..

Am 3. 4. 95 Op. in N. Exstirpation des Carcinoms wie in Fall II. Innerhalb 4 Wochen heilt die Wunde soweit zu, dass nur noch eine erbsengrosse Höhle vorhanden ist. Pat. ist im stande, festen Stuhl zu halten; er wird infolgedessen entlassen.

Pat. lebt und erfreut sich des besten Wohlbefindens.

Fall XV. Pat. ist die 39 Jahre alte Ackerbürgersfrau Neumann aus Stargard. Patientin wurde von der inneren zur chirurgischen Station verlegt.

Stat. praes.: Im Rektum fühlt man ein etwa Markstück grosses Geschwür, welches der hinteren Darmwand aufsitzt.

Am 8. 4. 95 Exstirpation des Carcinoms wie im Fall II.

Innerhalb 6 Wochen ist die Wunde bis auf eine erbsengrosse

granulierende Stelle, etwa 3 cm vom Anus entfernt, zugeheilt, weshalb Pat. entlassen wird.

Pat. fühlte sich in der Folge ziemlich wohl, bis sich im Jahre 1897 ein Recidiv einstellte, worüber ich später berichten werde.

Fall XVI. Pat. ist der 75 Jahre alte pens. Regierungs-Haupt-Kassenbote Friedr. Werth aus Köslin.

Anamnese: Pat. bemerkte vor ungefähr einem Jahre, dass er andauernd Drang zur Stuhlentleerung habe, bei dies bezüglichen Versuchen aber nichts ausser etwas Schleim entleeren könne. Er nahm infolge dessen stets Abführmittel. Da sich in letzter Zeit dem Stuhle viel Blut beimischte, so suchte Pat. die hiesige Klinik auf.

Stat. praes.: Pat. ist ein alter, mässig genährter Mann. Über beiden Unterlappen der Lunge bestehen bronchitische Geräusche, ferner ist Arteriosclerose angedeutet. Bei der Untersuchung per rectum fühlt man etwa 5 cm oberhalb der Analöffnung in der rechten Seite und etwas nach hinten ein Fünfmarkstück grosses, kraterförmiges Geschwür mit wulstigen, harten Rändern. Soweit man mit dem Finger reicht, besteht in der Kreuzbeinhöhlung eine harte Infiltration (Drüse).

Am 7. 8. 95 Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie im Falle II. Ausserdem Ausräumung der Drüsen in der Kreuzbeinhöhlung, wobei eine starke Blutung aus einem Sakralloch erfolgte, die nur durch feste Tamponade einigermassen gestillt werden konnte. Beim Herabziehen der Flex. sigmoid. wird das Peritoneum breit eröffnet, nachdem schon vorher eine kleine Stelle eröffnet und dann wieder genäht war. Bei der grossen Öffnung wird auf die Naht verzichtet. Nach Freipräparierung des Mastdarms wird er mit starker Seide abgebunden, abgeschnitten und durch die Analöffnung, aus der die Schleimhaut herauspräpariert ist, durchgezogen. Fixierung durch 6 Nähte.

Am folgenden Tage erfolgte ein Collaps und Exitus letalis.

Bei der Sektion fand man Drüsenmetastasen bis zum Promontorium hinauf.

Fall XVII. Pat. ist der 46 J. alte Weber Aug. Mathias aus Crien b. Anklam.

Anamnese: Pat. hat seit Beginn des Sommers 1895 Beschwerden beim Stuhlgang, namentlich wenn derselbe fest ist. Auch bemerkte er, dass mit dem Stuhlgang zugleich Blut abging, weshalb er die hies. Klinik aufsuchte.

Status praesens: Pat. ist ein mässig genährter, aber doch kräftiger Mann mit gesundem Herzen und gesunden Lungen. Bei der Digitaluntersuchung fühlt man etwa 3 cm oberhalb des sphinct. ext. an der linken vorderen und hinteren Seite des Mastdarms ein etwa 5 Mark-

stück grosses, kraterförmiges Geschwür mit aufgeworfenen, harten Rändern. In der Umgebung des Geschwürs finden sich zahlreiche, kleine, mehr oder weniger lang gestielte, harte Knoten. Die Geschwüre nehmen meist eine Länge von 8—10 cm ein; die Polypen gehen so hoch hinauf, dass das obere Ende nicht abzutasten ist. Hinter dem Rektum fühlt man harte Drüsen. Verwachsungen sind nicht vorhanden.

Am 16. 8. 95 Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms mit Resektion des Steissbeins wie im Fall II.

Nach 8 Wochen ist die Wundhöhle bis auf einen kleinen Spalt verkleinert. Der Stuhl kann vollkommen gehalten werden; infolgedessen Pat. entlassen.

Nach 7 Monaten stellt sich Pat. wieder vor, und es zeigt sich, dass die Operationswunde gut geheilt ist bis auf eine kleine wenig secernierende Fistelöffnung am oberen Ende des Schnittes. Die dort eingeführte Sonde dringt etwa 10 cm tief in der Richtung des os sacrum ein und stösst auf rauhen Knochen. Ausserdem fühlt man ungefähr 2 cm über der Analöffnung an der vorderen Wand einen Haselnuss grossen, unverschieblichen Knoten von höckeriger Oberfläche. Schmerzen sind nicht vorhanden.

Diagnose: Carcinoma recid. inop. Die Fistel wird excochleirt und Pat. ungeheilt wieder entlassen.

Fall XVIII. Patientin ist die 46jährige Ehefrau Zunk aus Taesekow.

Anamnese: Patientin hat seit 5 Monaten Schmerzen im Mastdarm. Ebenso bestehen heftige Schmerzen bei der Entleerung der Faeces. Der Stuhl, der in letzter Zeit angehalten, war mit Blut und Eiter vermischt, weshalb Patientin sich in die hiesige Klinik aufnehmen lässt.

Status praesens: Pat. ist eine grosse und kräftige Frau in gutem Ernährungszustand. Es besteht ein geringer Grad von Lungenemphysem; sonstige Abnormalitäten nicht vorhanden. Bei der Untersuchung per vaginam ist nichts zu fühlen. Die Untersuchung per rectum ergiebt einen aus polypösen, ungefähr bohnengrossen Knoten bestehenden Tumor an der vorderen und seitlichen Mastdarmwand. Derselbe hat eine höckerige Oberfläche, ist von ziemlich harter Consistenz und beginnt unmittelbar hinter dem Sphinkter. Die Analöffnung ist ziemlich eng, aber für einen Finger noch durchgängig. Das Ende des Tumors ist nicht erreichbar. Die Kreuzbeinhöhlung ist, soweit sie abtastbar ist, frei. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Der Tumor ist mit der hinteren Scheidenwand verwachsen.

Am 10. 2. 96 O. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie im Falle II. Sowohl das Rektum als auch die damit verwachsene hintere Vaginalwand wird exstirpiert.

Nach Verlauf von 6 Wochen ist die Wunde bis auf 2 ganz kleine Granulationsflächen neben der Aftermündung zugeheilt. Patientin deshalb entlassen.

Patientin lebt noch und fühlt sich verhältnismässig wohl.

Fall XIX. Pat. ist der 53 J. alte Maurer Wilh. Gorn aus Zicher.

Anamnese: Pat. klagt seit Oktober 95 über Brennen im After und Blutungen aus demselben; zuweilen leidet er auch an Verstopfung Im März 96 konsultierte Pat. einen Arzt, der ihm riet, sich in die hiesige Klinik aufnehmen zu lassen.

Status praesens: Pat. ist ein kleiner, kräftig gebauter Mann. Bei der Palpation fühlt man im linken Hypogastrium einen länglichen, ungefähr Hühnerei grossen Tumor, entsprechend der Gegend des Colon descendens am Eingang ins Becken. Die Untersuchung per anum ergiebt ein ungefähr $^2/_3$ des Darmumfanges einnehmendes, an der Vorderseite gelegenes, etwa 5—6 cm breites, kraterförmiges Geschwür mit wulstigen Rändern. Dasselbe beginnt ungefähr 6—7 cm oberhalb der Analöffnung und ist mit der Darmwand beweglich. Drüsen sind nicht zu fühlen.

Am 8. 5. 96 Op. i. N. Schnitt in der Mittellinie vor dem After beginnend; zwischen Anus und Tub. isch. stumpfes Vordringen in die Tiefe. Abmeisselung des Steissbeins und Hervorziehen des aus dem Becken und Fettgewebe gelösten Rektums. — Eröffnung des Peritoneums, das, soweit es der vorderen Rektalwand anliegt mit fortgenommen wird — Vernähung des Peritonealrandes weiter oben — Auspräparierung der Schleimhaut aus der Analöffnung. — Hervorziehen des oberen Rektumstumpfes durch die Analöffnung — Vernähung des Darmlumens mit dem angefrischten Rande des Sphinkterringes — Naht des Hautschnittes nach Tamponade des Cavum intrarectale mit Jodoformgaze.

Nach Verlauf von sechs Wochen ist die Operationswunde in der Mitte verheilt; nur am oberen Ende des Schnittes befindet sich noch eine 10 Pfg.-Stück grosse Öffnung, die in einen granulierenden, blind endigenden Wundkanal führt.

Das Allgemeinbefinden ist gut. Pat. hat seit der Operation um 15 Pfund an Gewicht zugenommen.

Pat. lebt noch, klagt aber wieder über Schmerzen beim Stuhlgang.

Fall XX. Patientin ist die 58 Jahre alte Schneidersfrau Henriette Buchvald aus Carsbaum.

Anamnese: Patientin will immer gesund gewesen sein. Vor 2 Jahren merkte sie zuerst, dass beim Stuhlgang unter heftigen Schmerzen Blut und Eiter entleert wurden. Pat. glaubte anfangs an Hämorrhoidalbeschwerden zu leiden, da sich ihr Leiden jedoch im Laufe der Zeit verschlimmerte so konsultierte sie einen Arzt, der ihr den Rat gab, sich in die hiesige Klinik aufnehmen zu lassen.

Stat. praes.: Pat. ist eine mittelgrosse, gracil gebaute, mässig genährte Frau. Bei der Digitaluntersuchung fühlt man ungefähr 10 cm über der Analöffnung einen Tumor. Derselbe ist fast ringförmig, doch mehr an der vorderen als an der hinteren Seite entwickelt. Das Darmlumen ist beträchtlich verengt, immerhin aber noch für einen Finger bequem durchgängig. Die Oberfläche des Tumors ist zerfallen, denn am untersuchenden Finger hatten Gewebsfetzen und Blut. Die Längenausdehnung der Geschwulst beträgt 5—6 cm. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen.

Am 10. XII. 96 Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie im Falle II. Nach 4 Wochen ist die Wunde verheilt bis auf eine kleine Granulationsfläche an der Stelle der entfernten hinteren Scheidenwand.

Pat. lebt und fühlt sich äusserst wohl.

Fall XXI. Pat. ist der 72 Jahre alte Eigentümer Albrecht Walther aus Schönfeld bei Demmin.

Anamnese: Der früher stets gesunde Pat. war eines Tages mit dem Anstreichen einer Bank beschäftigt als er plötzlich in der Höhe des Kreuzbeines quer über den Rumpf, wie er sagte, einen Ruck bekam, der von geringen Schmerzen begleitet war. Er hielt es für einen Hexenschuss, an dem er öfters zu leiden hatte. Seit diesem Tage nun bemerkte Pat. in seinem Stuhl eine Beimischung von Blut und Eiter, eine Erscheinung, die sich bis heute erhalten hat. Auf Anraten eines Arztes liess sich Pat. in die hiesige Klinik aufnehmen.

Stat. praes.: Pat. ist ein Mann von mittlerer Grösse, mässigem Knochenbau, schwacher Muskulatur und atrophischem Fettgewebe. Bei der Untersuchung per anum nimmt man direkt über dem Sphinkter ext. eine wulstartige Erhabenheit wahr, die sich circulär an der linken hinteren und vorderen Wand des Mastdarmes hinzieht. In der Mitte derselben zeigt sich eine Vertiefung; die Ränder fühlen sich hart an. Mit dem Mastdarm ist die Geschwulst leicht verschieblich, so dass also eine Verwachsung mit der Umgebung ausgeschlossen ist. Drüsenanschwellungen sind nicht nachzuweisen.

Am 22. X. 96 Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie im Falle II. Nach Verlauf von 4 Wochen war die Operationswunde verkleinert zu einer ungefähr 10 cm langen, 3 cm breiten, oberflächlichen, wenig

secernierenden Granulation. Der neue Anus schliesst für festen Stuhl, deshalb Pat. entlassen.

Soviel sich über den Pat. ermitteln liess, ist derselbe nach ungefähr 2 Monaten an Marasmus zu Grunde gegangen.

Fall XXII. Pat. ist die 42 Jahre alte Zimmermannsfrau Elfriede Kliefoth aus Triebsees.

Anamnese: Die früher stets gesunde Pat. fühlt seit Oktober 1896 heftige Schmerzen im Rektum. Zugleich bemerkt sie, das ihr Stuhl mit Blut vermischt ist und dass ihr öfters, auch wenn sie keinen Stuhl entleert, Blut aus dem After abgeht. Patientin suchte infolgedessen am 6. September 1897 die hiesige Klinik auf.

Stat. praes.: Pat. ist eine mittelgrosse etwas kacheklisch aussehende Frau von blasser Hautfarbe. Ihr Puls ist regelmässig aber schwach, Herz und Lunge sind gesund. Bei der Digitaluntersuchung per rectum fühlt man ungefähr 5 cm oberhalb der Analöffnung eine harte, höckerige, ringförmige Geschwulst, die an der linken hinteren Seite mehr entwickelt ist als an der vorderen und zugleich mit dem tub. ossis isch. fest verwachsen ist. Die obere Grenze der Geschwulst liegt ungefähr 10 cm oberhalb der Analöffnung und ist mit dem Finger bequem zu erreichen. Inguinaldrüsen sind nicht geschwollen.

Am 8. IX. 97 Op. i. N. Exstirpation des Carcinoms wie im Falle II. Die Loslösung des Rektums vom tub. isch. macht einige Schwierigkeiten; im übrigen verläuft die Operation gut. Da sich im Laufe des Heilungsprozesses im Rektum eine Striktur gebildet hat, so muss diese, damit die normale Funktion wieder eintritt, erweitert werden; zu diesem Zweck erhält Pat. ein Bougie, welches sie dreimal täglich einführt. Am 2. Dezember 1897 wurde Pat. entlassen.

Pat. lebt und fühlt sich äusserst wohl.

II. Inoperabele Fälle.

Fall I. Pat. ist die 52 Jahre alte Ehefrau Heuer aus Anklam.

Anamnese: Patientin wurde vor 2 Jahren wegen eines Unterleibsleidens in der hiesigen Klinik operiert und nach einem fast einjährigen Aufenthalt hierselbst ziemlich hergestellt entlassen. Dieser leidliche Gesundheitszustand dauerte jedoch nicht lange. Bald darauf erkrankte sie zum zweiten Mal und jetzt klagt sie hauptsächlich, über vollständige Appetitlosigkeit, heftige Leib- und Brustschmerzen, über heftiges Erbrechen nach dem Essen und über Kotverhaltung, die mit Einläufen und Clystieren sich nur schwer beseitigen lässt. In den letzten 8 Tagen hat überhaupt keine Defäcation stattgefunden. Der Zustand der Pat. wird daher sehr bedenklich und sie sieht sich schliesslich genötigt, am 13. 4. 88 die Hülfe der hiesigen Klinik in Anspruch zu nehmen.

Status praesens: Pat. sieht sehr kachektisch aus. Puls ist kaum zu fühlen, alles Genossene wird erbrochen. Bei der Palpation des Abdomens fühlt man kleine Knoten, die sehr schmerzhaft sind. Die Untersuchung per rectum ergiebt direkt über der Analöffnung einen grossen, von der Vorderwand ausgehenden, harten Tumor, dessen obere Grenze nicht zu erreichen ist, obwohl man das Promontorium deutlich palpieren kann. Pat. wird am 15. IV. 88 ungeheilt entlassen und ist dann am 21. IV. 88 in der Heimat gestorben.

Fall II. Patientin ist die 62 Jahre alte Zimmermannsfrau Johanna Maass aus Tribsees.

Anamnese: Vor etwa 3 Jahren bemerkte Pat. einen erbsengrossen Knoten an der Analöffnung, der langsam wuchs und ihr wenig Beschwerden verursachte. Seit Weihnachten 1887 ist derselbe schneller gewachsen und hat jetzt die Grösse eines Taubeneies erreicht. Seit ungefähr einem Jahre haben sich auch Schmerzen beim Stuhlgang und Verstopfung eingestellt. Im Sommer 87 bemerkte Pat. eine Anschwellung in der rechten Leistengegend, die sich bedeutend vergrösserte und sehr schmerzhaft war. Auf Rat ihres Arztes liess sich Pat. am 4. V. 88 in die hiesige Klinik aufnehmen.

Stat. praes.: Pat. ist eine äusserst abgemagerte und entkräftete Frau. An der linken Seite des Afters befindet sich eine taubeneigrosse, blumenkohlartige, breit aufsitzende Neubildung, welche an ihrer Oberfläche ulceriert ist und ein stinkendes Sekret absondert. Bei der Untersuchung per rektum findet man, dass der Tumor sich nach innen hin fortsetzt und das Rektum circulär umgiebt und noch eben den Finger durchtreten lässt. Die obere Grenze des Tumors lässt sich eben noch erreichen; auch ist der Tumor mit dem Rektum beweglich. Per vaginam fühlt man einen hoch hinaufreichenden Tumor, der mit der Scheide fest verwachsen ist. In der rechten Inguinalgegend fühlt man 2 faustgrosse, vollkommen feste und unbewegliche Drüsentumoren; in der linken Seite fühlt man mehrere pflaumengrosse, harte aber auch bewegliche Leistendrüsen. Der Stuhlgang ist äusserst schmerzhaft. Bei starkem Pressen entleert sich Blut aus dem Tumor.

Da eine Radikaloperation nicht mehr möglich ist, so wird in der gewöhnlichen Weise ein Anus praet. angelegt.

Am Tage nach der Operation traten Temperatursteigerungen und heftige Schmerzen im Abdomen auf.

An den folgenden Tagen trat starker Meteorismus auf, die Schmerzen nahmen zu und es erfolgte unter zunehmender Schwäche am 11. V. 88 der Exit. let.

Sectionsbefund: Carcinoma recti, infiltratio Carcinomatosa glandularum inguinalium et retroperitonealium, peritonitis fibrinopurulenta universalis, perisphlenitis, perihepatitis purulenta, gastroectasie et gastritis haemorrhagica, endometritis et colpitis purulenta, oophoritis phlegmonosa, enteritis catarrhalis.

Fall III. Patientin ist die 49 Jahre alte Frau Voss, Arbeiterfrau, aus Bartow bei Treptow a. T.

Anamnese: Patientin giebt an, seit Weihnachten 1887 an Stuhlverstopfung, die stets mehrere Tage anhielt, zu leiden. Es erfolgte nur nach Darreichung von Abführmitteln Stuhlentleerung, oft war den Faeces Blut beigemischt. Da die Blutungen stärker wurden und Patientin namentlich beim Sitzen heftige Schmerzen in der Analgegend hatte, so liess sie sich auf Anordnung ihres Arztes in die hiesige Klinik aufnehmen. Die Aufnahme erfolgte am 27. V. 88.

Status praesens: Man findet bei der für ihr Alter verhältnismässig rüstigen Frau, bei welcher aber eine eigentümlich gelbe Hautfarbe auffällt, 2 Fingerbreit oberhalb der Analöffnung im Rektum einen das Rektum kreisförmig umfassenden, harten Tumor, dessen obere Grenze an der Hinterwand sich eben noch erreichen lässt. Das Lumen des Darmes ist durch die Geschwulst so verengert, dass der Finger kaum durchdringen kann. Der Tumor ist noch etwas beweglich, blutet leicht bei Berührung, beiderseits Inguinaldrüsen hart, schmerzhaft, von Erbsen- bis Haselnussgrösse.

Da Radicaloperation unmöglich, so wird am 1. VI. 88 ein Anus praet. angelegt.

Das Allgemeinbefinden der Patientin nach der Operation ist ein gutes. Der künstliche Anus wird durch eine gut sitzende Pelotte verschlossen. Aus dem Tumor hat seither keine Blutung mehr stattgefunden, obwohl derselbe anscheinend etwas gewachsen ist. Pat. ist den ganzen Tag ausser Bett und da die Schmerzen völlig verschwunden sind, wird sie am 27. VI. 88 entlassen.

Laut Mitteilung von dem Sohne der Pat. ist dieselbe am 8. Mai 1889 gestorben.

Fall IV. Pat. ist der 60 Jahre alte Tischler Carl Thurow aus Wolgast.

Anamnese: Pat. giebt an, dass er vor einem Jahre an starken Durchfällen gelitten habe, die aber nach Einnahme von Tropfen aufgehört hätten. Als im Frühjahr 1888 die Defäcation nur alle 48 Stunden, und einige Zeit nachher wieder 5—6 mal an einem Tage in profuser Weise stattfand, so liess sich Pat. in die hiesige medizinische Klinik aufnehmen, welche er nach 4wöchentlichem Aufenthalte behufs einer Operation mit der chirurg. vertauschte.

Stat. praes.: Pat. ist ein sehr abgemagerter, kachektisch aussehender, alter Mann. Es besteht hochgradige Skoliose der Lendenwirbelsäule mit der Convexität nach rechts. An den Brustorganen ist nichts Abnormes. Arteriosclerose. Im Rektum fühlt man, ungefähr $1^1/_2$ cm vom Anus entfernt, eine ringförmige, höckerige Verdickung, welche eben noch den Finger durch das allseitig verengte Lumen hindurchtreten lässt. Das obere Ende der Verdickung ist mit dem Finger nicht mehr zu erreichen. Inguinaldrüsen beiderseits wenig geschwollen.

Am 18. X. 88 erfolgt Anlegung eines Anus praet. in typischer Weise.

Das Allgemeinbefinden des Pat. nach der Operation ist gut. Am 15. XI. 88 wird Pat. auf seinen Wunsch hin mit einer passenden Federpelotte zum Verschluss des Anus praet. nach Hause entlassen.

Über den Pat. liess sich nichts ermitteln.

Fall V. Pat. ist die 53 Jahre alte Frau Friederike Pagels aus Pensin.

Anamnese: Pat. will früher stets gesund gewesen sein. Ihr jetziges Leiden hat sie seit Ostern 1888, wo sie ohne Veranlassung heftige Diarrhoeen bekam, die zuerst täglich 12 Stühle erforderten. Allmählig nahm zwar die Zahl der Stühle wieder ab, aber die Faeces blieben vor wie nach flüssig. Vor ungefähr 5 Wochen bemerkte Pat. dass sich Blutungen aus dem After einstellten. Das Blut war von hellroter Farbe und mit schwarzen Klümpchen vermischt. Schmerzen hatte Pat. seit Beginn ihres Leidens und sie localisiert dieselben in die rechte Ileocoecalgegend. Seit 3 Tagen ist nun der Stuhl angehalten und da dieser Zustand der Stuhlverstopfung verbunden mit dem Gefühl der Beklemmung und Angst andauerte, so liess sich Pat. am 26. VII. 89 in die hiesige Klinik aufnehmen. In den letzten Tagen hatte Pat. alles Genossene wieder erbrochen.

Stat. präs.: Pat. ist eine kräftige, muskulöse Frau mit mässigem Pannic. adip. An den unteren Extremitäten hat sie stark ausgebildete Varicen. Bei der Untersuchung per rectum fühlt man ungefähr 6 cm oberhalb des Anus eine ringförmige Striktur, die den Finger nicht durchdringen lässt. Bei der Untersuchung per vaginam fühlt man die resistente Stelle des Rektums sowie einen kleinen Knoten im Douglas.

Völlige Stuhlverstopfung und mehrmaliges Erbrechen von fäkulant riechenden Massen.

Am 27. VII. 89. Op. i. N. Anlegung eines Anus praeternaturalis wie in Fall IV.

Am 4. VIII. kam es zu bedeutender Temperatursteigerung. Beide Unterschenkel zeigen in der Umgebung der Varicen phlegmonös gerötete Streifen, an einzelnen Stellen derbe Infiltration.

9. VIII. Die Periphlebitischen Erscheinungen an beiden Ober- und Unterschenkeln haben zugenommen. Fieber dauert an. Allgemeinbefinden ist sehr schlecht, hochgradige Dyspnoe bis am 13. VIII. Exit. let. erfolgt.

Die Sektion ergab: Phlebitis beider unteren Extremitäten, Endocarditis mitralis und tricuspidalis, zahlreiche Lungenembolien und Carcinoma recti.

Fall VI. Pat ist die 47 Jahre alte Bahnwärtersfrau Johanna Wendtland aus Pasewalk.

Anamnese: Vor 1 Jahre erkrankte die bisher gesunde Pat., indem sich bei ihr häufiger als gewöhnlich Stuhldrang einstellte, der nach einiger Zeit mit Blut und Eiter vermischt war. Der Stuhlgang war nicht unmöglich, aber doch sehr erschwert. Pat. liess sich infolgedessen am 15. XI. 89 in die hiesige Klinik aufnehmen.

Stat. praesens.: Pat. ist eine magere Frau von blass-gelblicher Gesichtsfarbe. Bei der Untersuchung per rectum fühlt man ungefähr 3 cm oberhalb des Sphinkters mehrere rundliche, harte Knoten von Bohnen- bis Kirsch-Grösse, welche ringförmig in das Lumen hineinragen, dasselbe jedoch nur wenig verengern. Vorne ist die Geschwulst auf die Scheide übergegangen, so dass die hintere Scheidenwand verdickt und hart ist. Die obere Grenze der Knoten ist leicht zu erreichen, doch fühlt man nach oben hin schwer zu erreichende, mandelgrosse, um den Darm herumliegende, harte Drüsen.

Diagn.: Carcinoma recti inop.

Pat. wird behandelt mit Ausspülungen und am 23. XI. in die Behandlung ihres Hausarztes entlassen.

Laut Mitteilung ist Pat. am 13. Juni 1890 infolge ihrer Krankheit gestorben.

Fall VII. Pat. ist der 59 Jahre alte Arbeiter Karl Schultz aus Ferdinandshof.

Anamnese: Pat. hat seit 2 Jahren heftige Beschwerden beim Stuhlgang, auch waren die Faeces meist blutig gefärbt. Anfang Oktober 1890 bemerkte er, dass aussen am After ein Gewächs auftrat, das allmählich an Grösse zunahm und endlich anfing, geschwürig zu zerfallen. Er konsultierte nunmehr einen Arzt, der im riet, die hiesige chirurg. Klinik aufzusuchen.

Status praes.: Aussen links vom Anus befindet sich ein gänseeigrosser Tumor mit ulcerierter Kuppe. Der in den Anus eingeführte

Finger fühlt eine derbe, knollige, circuläre Infiltration, deren obere Grenze kaum zu erreichen ist. Stuhl geht immer wider Willen ab.

Am 19. II. 91. Op. i. N. Anlegung eines Anus praeternaturalis wie im Falle IV. Im Laufe der folgenden Tage ist das Allgemeinbefinden des Pat. leidlich bis zum 26. II., wo er über Völle im Leibe klagt, da während der letzten Tage kein Stuhl entleert worden war.

Pat. bekam Laxantien und Einläufe, aber ohne Erfolg. Es trat Oedem an beiden Füssen auf, der Puls war schwach. Neben den eingelagerten, noch nicht verklebten Darmenden dringt seröse Flüssigkeit aus der Bauchhöhle heraus. Links schreitet das Oedem fort bis zum Knie.

Am 28. II. Collaps. Allgemeinbefinden schlecht. Abdomen sehr schmerzhaft. Am 2. III. Exit. let.

Die Section ergiebt einen Erguss von nur wenigen ccm. trüber, gelblicher Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Der ganze untere Teil des Rektums wird eingenommen von einem grossen Geschwür, welches von der Analöffnung ab 10,5 cm nach oben reicht. Die Haut in der Umgebung des Anus ist von zerfallenen Krebsknoten durchwuchert. Das ganze periproctale Binde- und Fettgewebe ist von derben graurötlichen bis graugelblichen Geschwulstmassen erfüllt, von denen sich Krebsmilch abstreichen lässt. Die Geschwulstmassen lassen sich bis zur Prostata hin verfolgen.

Fall VIII. Pat. ist die 78 Jahre alte Arbeiterin Maria Schmidt aus Tremt.

Anamnese: Seit dem Winter 1890 hat Pat. einen Tumor am Anus, der seit ungefähr 2 Monaten angefangen hat, an seiner Oberfläche zu zerfallen und etwas eiteriges Sekret abzusondern.

Status praes.: Pat. ist eine stark senil aussehende Frau, von schwächlichem Körperbau. Auf beiden Augen Cataraktbildung. Ausserdem hat Pat. Atheromatose der Gefässe. An der vorderen Peripherie des Anus wölbt sich eine taubeneigrosse, harte oberflächlich ulcerierende Geschwulst hervor. Der eingeführte Finger fühlt hinter dem Sphinkter, ungefähr 2 cm in die Höhe reichend, an der vorderen Rektalwand eine harte, knollige Geschwulstbildung, die sich gegen die hintere Vaginalwand und das Perineum hin ausdehnt. Die hintere Rektalwand ist völlig frei. Erscheinungen von Darmstenosen sind nicht vorhanden. Die Geschwulst ist in toto von aussen zu umgreifen und leicht verschiebbar. Inguinaldrüsen beiderseits leicht geschwollen. Pat. empfindet starke Schmerzen, weshalb sie Morphium erhält, Stuhlgang ist völlig frei. Im Mesenterium fühlen sich harte Stellen, wahrscheinlich Metastasen. Operation ist nicht mehr an-

gängig, weshalb Pat. entlassen wird am 22. IX. 91. Exit. let. in höchstens 3 Monaten wahrscheinlich.

Pat. ist im Januar 1892 gestorben, also nach 4 Monaten.

Fall IX. Pat. ist der 63 Jahre alte Arbeiter Friedr. Blankenburg aus Sophienhof bei Löwitz.

Anamnese: Pat. klagt seit Februar 1891 über Drängen zum Stuhlgang. Letzterer erfolgt sehr häufig am Tage, es entleert sich aber immer nur sehr wenig Kot, ausserdem Blut und Eiter. In der letzten Zeit konnte Pat. infolge der Schmerzen in der Analgegend nur mehr mit Mühe gehen, weshalb er auf Anraten seines Arztes am 29. VII. 91 die hiesige Klinik aufsuchte.

Status praes.: Pat. ist ein magerer Mann mit mässig entwickelter Muskulatur. Äusserlich am Anus nichts sichtbar. Die Digitaluntersuchung ergiebt einen oberhalb der Ampulla recti befindlichen Tumor, der fetzige Ränder zeigt und hauptsächlich an der vorderen Wand des Rektums prominiert. Bei der Untersuchung der hinteren Wand fühlt man einen von dem vorderen Tumor ausgehenden harten Strang, der das ganze Rektum umschliesst und die Öffnung verlagert, so dass der Finger nur mit Mühe durchgeführt werden kann. Ferner fühlt man unterhalb dieses Tumors an der rechten Wand des Rektums einen grossen Tumor, welcher in der Mitte aufgebrochen ist. Die rechten Inguinaldrüsen sind angeschwollen.

Da an eine totale Exstirpation des Carcinoms nicht mehr zu denken ist, so wird am 31. VII. 91 ein Anus praeternaturalis angelegt in derselben Weise, wie im Falle IV.

In den ersten Tagen nach der Operation ist das Allgemeinbefinden des Pat. leidlich. Am 15. VIII. klagt Pat. über heftige Schmerzen im kleinen Becken; aus dem Anus entleert sich häufig blutiger Detritus, Pat. bekommt Morphium. In der Folgezeit nehmen die Schmerzen im Mastdarm zu. Für weichen Stuhlgang wird durch Karlsbader Salz gesorgt. Das Darmlumen ist stark verengt. Pat. ist sehr schwach und wird mit Verschlusspelotte entlassen.

Pat. ist am 22 Mai 1892, also ungefähr 10 Monate nach der Operation, gestorben.

Fall X. Pat. ist die 41 Jahre alte Kuhhirtenfrau Johanna Vieth aus Poggendorf.

Anamnese: Pat. giebt an, früher häufig an Herzklopfen und Nervenschwäche gelitten zu haben. Seit Ostern 1891 ist ihr Stuhl fortwährend unregelmässig und hart gewesen. Beim Sitzen stellten sich Beschwerden ein. Der Zustand verschlimmerte sich immer mehr,

weshalb Pat. sich am 4. V. 92 in die hiesige Klinik aufnehmen liess.

Stat. praes.: Pat. ist eine kleine, schwächliche, sehr blass aussehende, schlecht genährte Frau.

Die Übergangsstelle der Rektalschleimhaut in die äussere Haut ist eingenommen von einer ringförmigen, den Anus umgebenden, das Niveau der Haut ungefähr um 1 cm überragenden Geschwulst. Dieselbe hat eine unebene, zerklüftete Oberfläche, und ist mit einem schmierig gelben Belag bedeckt. Die Geschwulst ist hart und blutet leicht bei Berührung. Gegen die sie umgebende Haut setzt sie sich scharf ab, ist aber fest mit ihr verwachsen. Der in die Analöffnung eingeführte Finger fühlt, dass die Geschwulst sich kontinuierlich in der Rektalwand fortsetzt und vornehmlich deren hintere Circumferenz einnimmt. Ihr oberes Ende ist gerade noch mit der Zeigefingerspitze zu erreichen. Aus dem Rektum entleert sich fortwährend dünnflüssiger Kot. Die Palpation des Abdomens ist schmerzhaft. Metastasen sind vorhanden. Da eine vollständige Exstirpation des Carcinoms nicht möglich ist, so wird ein Anus praeternaturalis angelegt in derselben Weise wie im Falle IV.

Der Zustand der Pat. nach der Operation ist ein befriedigender.

Die Verjauchung des Carcinoms nimmt trotz Ausspülungen mit Kal. hypermang. mehr und mehr zu. Der künstl. Anus funktioniert gut, so dass Pat. am 15. 7. 92 entlassen werden kann.

Über die Pat. konnte ich nichts Näheres ermitteln.

Fall XI. Pat. ist der 42 Jahre alte Schleifer Herm. Popp aus Koeslin.

Anamnese: Pat. hat vor 16 Jahren Typhus und vor 3 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht, genas aber von beiden. Im März des Jahres 1892 stellte sich eine Darmblutung bei ihm ein, nachdem schon vorher seit Januar der Stuhl bisweilen mit Blut vermischt war. Bei der ersten Blutung im März verlor der Pat. ungefähr 2 Liter Blut. Nach 3—4 Wochen stellte sich eine zweite Blutung ein. Während der ganzen Zeit war der Appetit des Pat. schlecht, sein Stuhlgang unregelmässig und schmerzhaft, so dass er die Arbeit zeitweise einstellen musste. Da sich in letzter Zeit die Beschwerden beim Stuhlgang von Tag zu Tag verschlimmerten, so liess sich Pat. in die hiesige Klinik aufnehmen.

Stat. praes.: Pat. ist ein schlecht genährter Mann von bleicher Gesichtsfarbe. Die Digitaluntersuchung per rectum ergiebt etwa 2 cm hinter dem Anus einen deutlich circulären, knolligen Tumor, der den Finger leicht durchdringen lässt. Oberhalb des Tumors, dessen Längenausdehnung ungefähr 4 cm beträgt, fühlt man normalen, aber

anscheinend etwas ausgebuchteten Darm. Der Tumor ist mit dem Darm nach vorne und zur Seite hin leicht, nach hinten nicht verschieblich. Bei der Betastung blutet derselbe. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits geschwollen.

Der ganze Zustand des Pat. ist so elend, dass auf eine Radikaloperation verzichtet werden muss.

Man schreitet deshalb am 2. 10. 92 zur Anlegung eines An. praet., wie im Falle IV.

Bei der Operation fand man, dass in den Gedärmen bereits Carcinommetastasen vorhanden waren. Das im Anfang nach der Operation schlechte Allgemeinbefinden des Pat. besserte sich von Tag zu Tag, so dass derselbe am 4. XI. 92 mit Pelotte entlassen werden konnte. Die nochmals vorgenommene Rektaluntersuchung ergab, dass der Tumor den Finger schon nicht mehr durchdringen liess, und dass derselbe völlig unverschieblich war.

Pat. ist dann, wie mir von dem ihn behandelnden Arzte mitgeteilt wurde, zu Anfang des Jahres 1893 an allgemeiner Carcinose gestorben.

Fall XII. Pat. ist der 68 Jahre alte Malermeister Heinr. Zillmann aus Wolgast.

Anamnese: Pat. giebt an, seit seinem 20. Jahre viel an Stuhlverstopfung gelitten zu haben. Inzwischen wurde Pat. mehrmals an Bleivergiftung behandelt. Vor etwa einem Jahre bemerkte er, dass mit dem Stuhle etwas Blut abging. Im Oktober erlitt Pat. eine grössere Blutung. Seitdem stellten sich Diarrhoeen ein, der Stuhl konnte nicht mehr gehalten werden, weshalb sich Pat. veranlasst sah, die hiesige Klinik aufzusuchen.

Stat. praes.: Pat. ist ein blasser, schlecht genährter Mann mit schlaffer Muskulatur und schlaffen Hautdecken.

Aus der Analöffnung ragt eine Anzahl erbsen- bis kirschgrosser Knötchen hervor, die eine rötlichgraue Oberfläche haben, die sehr leicht blutet. Dieselben sind von ziemlich harter Consistenz und sind teilweise gestielt. Beim Auseinanderziehen der Glutaeen ist von einer Analöffnung nichts zu sehen. Dieselbe ist ersetzt durch einen Ring von harter z. T. ulcerierter Masse, welche im übrigen dieselbe Beschaffenheit hat, wie die prominierenden Knoten. Der eingeführte Finger fühlt die ganze Rektalwand verwandelt in ein Gebilde von harter Consistenz und z. T. ulcerierter Oberfläche. Das Ende der Tumormassen ist mit dem Finger nicht zu erreichen. Dem Pat. geht der Kot unfreiwillig ab. Da die Untersuchung ergiebt, dass das Carcinom inoperabel ist, so wird am 8. V. 93 in typischer Weise ein Anus praet. angelegt. In den ersten Tagen nach der Operation war

der Zustand des Pat. leidlich. Vom 17. V. an klagt er über heftige Schmerzen im Abdomen, der Puls ist beschleunigt und klein. Pat. bekommt subkutan Kampher, per os Wein und Milch. Am 18. V. ist Pat. vollständig kollabiert — er deliriert — starke Temperatursteigerung. Im Laufe des Tages nimmt der Kollaps noch zu und es erfolgt der exitus letalis.

Wie die Sektion ergab, war durch die Drains, die den Darm vor der Bauchwand zu fixieren hatten, eine Druckgangrän der Darmwand hervorgerufen worden. Aus den entstandenen Löchern in der Darmwand ist Kot in die Bauchhöhle gedrungen und hat zur Peritonitis geführt. Die Druckgangrän, ein äusserst seltsames und seltenes Ereignis in diesem Zusammenhange, ist in unserem Falle begünstigt worden durch den allgemeinen desolaten Kräftezustand, und die dadurch bedingte schlechte Ernährung der Darmwand sowie vor allem durch den Zug, den die mit enormen Kotmassen beschwerten übrigen Darmpartieen an der vorgelagerten Schlinge ausübten.

Fall XIII. Pat. ist der 63 Jahre alte Steuereinnehmer Heinr. Leusch aus Prenzlau.

Anamnese: Der Vater des Pat. soll an Lippen- und Kehlkopfcarcinom operiert und gestorben sein. Pat. selbst leidet seit dem Feldzuge 1870/71 an Varicen am Anus. Die Blutungen aus denselben sollen bald geringer, bald stärker gewesen sein. Im Winter 1894 will Pat. zuerst bemerkt haben, dass er öfters Stuhlgang habe als gewöhnlich, wobei sich jedesmal nur wenig Faeces entleerten. Im März 1895 treten plötzlich Blutungen aus dem Mastdarm auf, die den Pat. veranlassten einen Arzt zu konsultieren. Dieser machte die Digitaluntersuchung und schickte den Pat. in die hiesige Klinik.

Stat. praes.: Pat. ist ein blasser, abgemagerter Mann. An der vorderen und seitlichen Wand des Rektums befindet sich ein Tumor, der dicht oberhalb des Sphinkters beginnt und dessen obere Grenze noch eben mit dem Finger zu erreichen ist.

Der Tumor ist mit den anderen Beckenorganen, vor allem mit der Blase verwachsen.

Am 1. VII. 95 Anlegung eines Anus praet. in typischer Weise. Bis zum 13. VIII. 95 ist Pat. soweit wieder hergestellt, dass er mit einem Receptaculum für den Stuhl entlassen wird. Sein Anus praet. funktioniert ausgezeichnet.

Laut Mitteilung von dem behandelnden Arzte ist Patient am 26. XII. 97 an Erchöpfung gestorben.

Fall XIV. Pat. ist der 45 Jahre alte Krankenwärter Wilh. Eggert aus Ueckermünde.

Anamnese: Seit Anfang Januar 1896 klagt Pat. über Kitzeln im After. Im März wurden die Schmerzen heftiger, und da sich im Laufe der Zeit auch Blutungen aus dem After einstellten, so suchte Pat. am 18. V 1896 die hiesige Klinik auf.

Stat. praes.: Pat. ist ein grosser, kräftig gebauter, gut genährter Mann. Er klagt über Schmerzen am Mastdarm oberhalb der Analöffnung, die nach dem Kreuzbein hin ausstrahlen und besonders heftig beim Stuhlgang auftreten. Auch hat Pat. bemerkt, dass sein Stuhl mit Blut und Eiter vermischt sei. Der eingeführte Finger gelangt wenige Cm. oberhalb des Afters in ein kraterförmiges mit dem Kreuzbein verwachsenes ulcus mit dicken wulstigen Rändern von der Grösse eines 5Markstücks, welches der hinteren Wand des Rektums anliegt.

Ferner klagte Pat. über Schmerzen im Rücken und in der Leber. Bei der Untersuchung der letzteren fühlte man knollige, auf Druck schmerzhafte Gebilde in der Leber. Diese hielt man für Metastasen und verzichtete infolgedessen auf eine Radikaloperation.

Am 22. V. 96 Anlegung eines Anus praeternaturalis in typischer Weise. Am 1. VIII. 96 wird Pat. mit Bandage entlassen. Die nochmalige Untersuchung ergab, dass die Lebertumoren bereits gewachsen waren.

Von dem behandelnden Arzte wurde mir mitgeteilt, dass Pat. am 14. Oktober 1896 unter allgemeinem Verfall der Körperkräfte gestorben sei. In der Leber hätten sich mehrere grössere und kleinere Carcinomknoten vorgefunden.

Fall XV. Pat. ist der unter den operabeln Fällen in Nr. XVII. erwähnte Weber Aug. Mathias aus Crien.

Anamnese: Pat. wurde im August 1895 in der hiesigen chirurg. Klinik wegen Mastdarmkrebs operiert. Er stellt sich jetzt wieder vor, weil er ein Recidiv bekommen hat. Neben dem After befindet sich eine etwa bohnengrosse Geschwulst, die nicht schmerzhaft ist. Pat. hat keine Beschwerden, wird aber doch wegen der Geschwulst wieder in die Klinik aufgenommen.

Status praesens: Pat. sieht sehr elend aus. In der Kreuzbeingegend finden sich einige Fisteln, aus denen sich Eiter entleert. Aus dem After drängt sich eine wallnussgrosse, von stark gerötete, oberflächlich ulcerierende, mit Schleimhaut überzogene Geschwulst hervor. Die Betastung ergiebt, dass es eine Hypertrophie der Schleimhaut ist. In den höher gelegenen Teilen des Rektums sind mehrere knollige Tumoren fühlbar, die für Drüsen gehalten werden müssen. Stuhlgang ist unregelmässig, bald diarrhoeisch, bald hart.

Pat. wird mit Bädern behandelt, und es wird für regelmässige Stuhlentleerung gesorgt.

Über den Patienten konnte ich nur soviel erfahren, dass er noch im Jahre 1897 gestorben ist.

Fall XVI. Pat. ist die 63 Jahre alte Zimmermannsfrau Friederike Nehls aus Japenzin.

Anamnese: Seit einem Jahre hat Pat. Schmerzen beim Stuhlgang, der in letzter Zeit mit Blut vermischt war. Vom Arzt wurde sie mit Stuhlzäpfchen behandelt, die zwar die Schmerzen linderten, aber Verstopfung herbeiführten; Pillen, welche eingenommen, vergrösserten die Schmerzen, weshalb Pat. auf Anraten ihres Arztes die hiesige Klinik aufsuchte.

Status praesens: Pat. ist eine sehr abgemagerte, kräftig gebaute Frau. Dieselbe hat einen chron. Bronchialkatarrh und Emphysema pulmonum. Am Herzen hört man ein leichtes systol. Geräusch. Ausserdem leidet Pat. auch noch an Arteriosclerose. Bei der Untersuchung per vaginam fühlt man in der Nähe des hinteren Scheidengewölbes einen resistenten, wenig verschieblichen Tumor. Die Digitaluntersuchung des Rektums ergiebt ungefähr 1 cm. oberhalb des sphinct. ext. einen hühnereigrossen, ulcerierten, harten Tumor, dessen oberes Ende mit dem Finger nicht abtastbar ist. Derselbe sitzt in der Kreuzbeinhöhlung fest und greift nach der vorderen Mastdarmwand über.

Da an eine radikale Operation nicht zu denken ist, so wird am 12./6. 96 in typischer Weise ein Anus praet. angelegt.

Bis zum 22. 6. hatte der Anus noch nicht funktioniert; die abführende Darmschlinge war stark geschwollen. An der Anhaftungsstelle der abführenden Schlinge hat sich ein Abscess gebildet; die Senkung war gegen die Schamlippen gerichtet. Es wurde eine Gegenöffnung gemacht und ein Drain eingeführt, worauf die Infiltration, die Schmerzen und das Fieber zurückgingen. Unter täglichen Bädern und Verbandswechsel hat sich der Abscess völlig zurückgebildet. Die Funktion des Anus wird allmählich gut. Pat. hat sehr abgenommen, Allgemeinbefinden ist mässig. Am unteren Rande des abführenden Schenkels befindet sich eine Höhle, welche um den abführenden Schenkel teilweise herumgeht. Es wird ein umwickeltes Drainrohr von der Höhle aus an der linken Seite des Uterus vorbei in die Vagina geschoben.

Bis zum 24. 8. hat sich der Abscess noch immer nicht verkleinert. In der Tiefe desselben fühlt man harte Tumormassen. Es findet eine starke Sekretion statt, die täglich Verbandswechsel nötig macht. Pat.

sieht sehr kachektisch aus; sie wird aber, da das Allgemeinbefinden jetzt ein leidliches ist, auf ihren Wunsch am 24. 8. 96 entlassen.

Pat. teilte mir mit, dass sie sich des besten Wohlbefindens erfreue und durchaus keine Schmerzen habe.

Fall XVII. Pat. ist der 60 Jahre alte Tischler Heinr. Lau aus Neu-Brandenburg.

Anamnese: Pat. litt seit Juni 1895 an häufigem Stuhldrang, ohne etwas entleeren zu können. Da dieser Zustand immer schlimmer wurde, so begab sich Pat. in die Behandlung eines Arztes, der ihm den Rat gab, sich in die hiesige Klinik aufnehmen zu lassen, was denn auch am 12. 11. 95 geschah.

Status praesens: Ungefähr 7 cm oberhalb der Analöffnung fühlt man im Rektum ein Geschwulst, die vollkommen festsitzt; dieselbe verbreitet sich circulär und lässt nur ein enges Lumen übrig. Der obere Rand der Geschwulst ist nicht zu erreichen. An der vorderen Wand fühlt man 2 etwa haselnussgrosse Drüsen. Inguinaldrüsen sind nicht geschwollen.

Am 16. XI. 95 wird ein Anus praet. angelegt und am 7. 1. 96 wird Pat., da sein künstlicher Anus gut funktioniert, entlassen. Pat. ist nach etwa 7 Monaten infolge zunehmender Körperschwäche gestorben.

Fall XVIII. Pat. ist die 43 Jahre alte Büdnerswitwe Wilhelmine Hölter aus Ahlbeck.

Anamnese: Die ersten Beschwerden stellten sich bei der Pat. im Oktober 1896 ein. Dieselben bestanden in Magenschmerzen, Leibschmerzen und Gefühl des Vollseins. Seit ungefähr 2 Monaten merkte sie, dass der Stuhl, der unregelmässig und erschwert war, oft mit Blut vermischt war. Das Urinieren wurde häufiger, das jedesmalige Quantum geringer. Vor 14 Tagen bekam Pat. eine Lungenentzündung, nach Ablauf derselben liess sie sich in die hiesige Klinik aufnehmen.

Stat. praes.: Pat. ist eine stark abgemagerte Frau. Auf der rechten Lungenspitze hört man deutlich verschärftes Atmen mit vereinzeltem Rasseln; auf der linken Lunge ebenfalls feinblasige Rasselgeräusche; auf beiden Unterlappen Knisterrasseln. Am Herzen hört man über der Aorta ein systol. Geräusch. Bei der Palpation des Abdomens fühlt man in der verlängerten Parasternallinie entsprechend der Mitte einer von der spina ossis ilei sup. zum Nabel gezogenen Linie den Rand eines Tumors, der sich nach der Medianlinie hin nur undeutlich verfolgen lässt. Am oberen Rande desselben sind einige kleinere Knollen fühlbar, diese sind verschiebbar. Ebenso geht eine Kette nach der Medianlinie hin und setzt sich in der

linken Abdominalseite in einem grösseren resistenteren Tumor fort, der fast die ganz regio hypog. ausfüllt.

Die Untersuchung per vaginam ergiebt, dass der ganze hintere Teil der Vagina und die Gegend des Muttermundes stark hervorgewölbt ist durch einen dem Kreuzbein aufsitzenden Tumor; ebenso ist die vordere Mastdarmwand ausgefüllt von einem Tumor, der ungefähr 1 cm oberhalb der Analöffnung beginnt und eine teils knollige, teils ulcerierte Oberfläche besitzt. Der Tumor ist in allen Teilen unverschieblich. Er verlegt den Mastdarm gänzlich, so dass ein Einlauf unmöglich ist.

Am 6. III. 97 wird in typischer Weise ein Anus praet. angelegt.

Da bis zum 7. 4. 97 sämmtliche Beschwerden geschwunden sind, und der Anus praet. gut funktionirt, so wird Patientin entlassen.

Über die Pat. konnte ich nichts Näheres erfahren, als dass sie noch im Herbst 1897 gestorben ist.

Fall XIX. Pat. ist der vor etwa 3 Jahren in der hiesigen chirurg. Klinik wegen Mastdarmkrebs operierte, jetzt 51 Jahre alte Arbeiter Carl Rassmann aus Anklam.

Anamnese: Pat. giebt an, dass die vor der Operation bestehenden Schmerzen zwar nachgelassen, aber nicht ganz aufgehört haben. Seit 4 Wochen seien jedoch die Schmerzen wieder so heftig geworden, dass Pat. nicht mehr die leichteste Arbeit verrichten konnte, weshalb er wieder in die hiesige Klinik aufgenommen wird.

Stat. praes.: Pat. ist sehr abgemagert. Statt der normalen Analöffnung sieht man eine längliche fast Handteller grosse Schleimhauterosion, hier und da harte Knötchen, die im Zerfall begriffen und mit einem schmierigen Belag bedeckt sind. An der Seite dieser Partie sieht man einen knolligen, nussgrossen, nässenden, harten Tumor mit dünnem Stiel aus der Erosion hervorragen. Bei der Digitaluntersuchung per rectum fühlt man da, wo die Schleimhaut sich einstülpt und zusammenlegt, gleichfalls erbsen- bis bohnengrosse Tumoren, die von fester Consistenz und sehr schmerzhaft sind. Ungefähr 6—7 cm oberhalb des Eingangs befindet sich ringsherum normale glatte Schleimhaut. Beim Sondieren der Blase fühlt man, dass das Carcinom bis in die Blase und in die Urethra vorgedrungen ist. Harnbeschwerden bestehen nicht.

Am 19. III. 97 wird i. N. der gestielte Tumor mit schneidendem Paquelin abgetragen und die erhebliche Blutung ebenfalls mit dem Paquelin gestillt.

Bis zum 5. IV. ist der Stielstumpf gut vernarbt und die Schleim-

hauterosionen sind durch Zinkpaste beseitigt. Das Allgemeinbefinden ist gut. Pat. wird wieder teilweise erwerbsfähig entlassen.

Pat. ist dann im Juni 1897 infolge hochgradiger Entkräftigung gestorben.

Fall XX. Pat. ist der 63 Jahre alte Buchhalter Oscar Koch aus Eldena. Derselbe hat ein Carcinoma recti, welches in die Glutaealmuskulatur durchgebrochen ist. Es wird noch eine Incision gemacht und der Pat. mit Bädern und Morphium behandelt, bis nach 6 Tagen am 6. 4. 97 der Exit. let. eintritt.

Fall XXI. Pat. ist die vor etwa 2 Jahren in der hiesigen chirurg. Klinik an Mastdarmkrebs operierte, jetzt 41 Jahre alte Ackerbürgersfrau Frieda Neumann aus Stargard.

Anamnese: Nach der Operation hat sich Pat. zuerst ganz wohl gefühlt, festen Stuhl vermochte sie zu halten. In letzter Zeit traten wieder heftigere Schmerzen im Unterleib auf, die Pat. veranlassten, sich am 26. 4. 97 wieder in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Stat. praes.: Pat. sieht mässig genährt aus. Der Anus ist für einen Finger durchgängig. An der Hinterseite des Rektums sind mehrere, harte, etwas verschiebliche Knoten zu fühlen, ebenso zwischen Rektum und hinterer Vaginalwand. Der Uterus ist frei beweglich.

Es wird i. N. eine Incision in die alte Narbe gemacht und der Anus umschnitten. Beim Weiterpräparieren gelangt man in eine weiche Tumormasse, die bis in die Kreuzbeinhöhlung reicht. Die Radikaloperation wird infolgedessen aufgegeben und ein Anus praet. angelegt. Nach Verlauf von 6 Wochen ist die Operationswunde bis auf eine 3 cm lange und 1 cm breite Granulationsfläche zugeheilt. Der künstliche Anus funktioniert gut, weshalb Pat. wieder entlassen wird.

Über die Pat. liess sich nichts ermitteln.

Fall XXII. Pat. ist die 38 Jahre alte Formersfrau Pauline Grunwald aus Eulau.

Anamnese: Pat. hat sich vor ungefähr 10 Jahren eine schwere Erkältung zugezogen, seit welcher Zeit sie stets krank gewesen sein will. Ihre Beschwerden bestehen in Appetitlosigkeit und Obstipation. Nur durch Einnahme von Medizin oder Thee konnte unter Schmerzen Stuhl entleert werden. In letzter Zeit bemerkte Pat., dass die Faeces oft mit Blut und Eiter vermischt waren. Der Kräftezustand wurde immer schlechter, so dass Pat. von ihrem Hausarzt am 28. VI. 97 in die hiesige Klinik geschickt wurde.

Status praesens: Pat. ist eine sehr abgemagerte, elend aus-

sehende Frau. Das Abdomen ist mässig aufgetrieben: eine abnorme Resistenz ist nicht zu fühlen. Herz und Lunge sind gesund. Bei der Exploratio per anum fühlt man mächtige Hämorrhoidalknoten. Ungefähr 3 cm über dem sphinct. ext. befindet sich eine ringförmige, für einen Finger nicht mehr passabele Stenose, man fühlt einen harten, knolligen Wall. Das Rektum ist noch mit der Stenose beweglich. Von der Vagina aus fühlt man das Rektum als dicken harten Wulst, dessen Ende man nicht abtasten kann. Uterus und Adnexe sind normal. Drüsenschwellungen sind nicht zu fühlen.

Am 1. VII. 97. Anlegung eines Anus praet. in typischer Weise. Nach Verlauf von 4 Wochen funktioniert der Anus gut, weshalb Pat. entlassen wird. Laut Mitteilung des behandelnden Arztes erfreut sich Pat. des besten Wohlbefindens.

Fall XXIII. Pat. ist der 61 Jahre alte Bauer Karl Schubbe aus Lüdershagen.

Anamnese: Pat., der früher stets gesund gewesen sein will, klagt seit dem Frühjahr 1897 über Schmerzen im Unterleib und grosse Beschwerden beim Stuhlgang, der öfters mit Blut und Eiter vermischt war. Da sich in letzter Zeit auch häufige Diarrhoeen und Schwierigkeiten beim Harnlassen einstellten, so liess sich Pat. in die hiesige Klinik aufnehmen.

Status praesens: Patient ist ein sehr heruntergekommener, abgemagerter Mann mit eingefallenen Gesichtszügen. Fieber ist nicht vorhanden. Herz und Lungen sind gesund. Zunge ist belegt, die Schleimhäute sehen sehr anämisch aus. Pat. hat in der letzten Nacht heftige Schmerzen beim Urinlassen gehabt, und bemerkt, dass seine Stühle blutig sind, und dass Kot aus der Urethramündung fliesst.

Die Untersuchung per anum ergiebt ein ringförmiges, stark hervorragendes Carcinom, etwa 8—10 cm oberhalb der Analöffnung. Das Lumen ist noch eben für einen Finger durchgängig. Der Tumor erstreckt sich auf Prostata und Blase; seine obere Grenze ist nicht zu erreichen. Am 22. X. 97 wird in typischer Weise ein Anus praeternaturalis angelegt. In den ersten Tagen nach der Operation war der Zustand des Patienten ein befriedigender bis am 16. XI. infolge leichter Hypostase, Cyanose und Temperatursteigerung allmählig das Herz erlahmte und der Exit. let. eintrat.

Fall XXIV. Pat. ist die 30 Jahre alte Bäckersfrau Elise Nohr aus Swinemünde.

Anamnese: Pat. giebt an, dass sie im Alter von 8 Jahren in der hiesigen medizinischen Klinik wegen Leberanschwellung behandelt sei. Nach der 1. Geburt, die vor 9 Jahren stattfand, ist Pat. 3 Monate

krank gewesen. Wie sie angiebt, hatte sie hohes Fieber und waren ihr die Füsse suspendiert; es wird sich also wahrscheinlich um eine Thrombose der Femoralis gehandelt haben. Ferner bekam Pat. im Anschluss an die 1. Gravidität Hämoorhoiden, die zeitweise sehr stark hervortraten. Da in letzter Zeit heftige Schmerzen auftraten, so liess sich Pat. behufs Operation am 31. XII. 97 in die hiesige chirurg. Klinik aufnehmen. Ausserdem traten in letzter Zeit häufig schleimige Ausflüsse aus dem After aus, die mit Blut vermischt waren. Vielfach bestand auch Obstirpation. Die früher regelmässigen Menses sind seit August 96 ausgeblieben.

Stat. praes.: Pat. ist eine mittelgrosse, kachektisch aussehende Frau. Bei der Untersuchung per anum fühlt man einen ringförmigen, harten, höckerigen Tumor. Mit dem Finger kann man 2—3 cm hineingehen, erreicht aber die obere Grenze nicht infolge der hochgradigen Stenose. Per vaginam fühlt man einen bis zur Portio hinaufreichenden Tumor. Die Vaginalschleimhaut ist mit demselben verwachsen und teilweise auch die Portio. Man kann mit dem Finger einen fast faustgrossen Tumor umgreifen, der die ganze Kreuzbeinhöhle ausfüllt und mit dem Os sacrum fest verwachsen ist. Die Adnexe scheinen frei zu sein. Da das Carcinom vollständig inoperabel ist, so wird in gewöhnlicher Weise ein Anus praet. angelegt.

In der ersten Zeit nach der Operation war das Befinden der Pat. ein leidliches bis dieselbe plötzlich am 9. I. 98 unwohl wird und zu Boden fällt. Der herbeigerufene Arzt konstatierte schwache Herzthätigkeit und gab der Pat. Kampher. Nach 3—4 Minuten erfolgte der Tod. Bei der Sektion fand man, dass das Carcinom die ganze Kreuzbeinhöhle ausfüllte und mit Vagina und Portio verwachsen war.

Die carninomatöse Uteruswand war 2—3 cm dick. Überall fand man geschwollene Drüsen. Todesursache: Ausgedehnte Embolie der Lungenarterien beiderseits, besonders rechts so stark, dass dadurch der Bronchus komprimiert wurde.

Nachdem ich im Vorstehenden mit möglichster Genauigkeit alles mitgeteilt habe, was sich hinsichtlich Anamnese, Behandlung und weiteren Verlaufs den Krankengeschichten und den eingelaufenen Benachrichtigungen der Pat. hat entnehmen lassen, komme ich nun zur Besprechung der Resultate.

Im ganzen wurden behandelt 46 Patienten, darunter 27 männliche und 19 weibliche Personen.

Über das ätiologische Moment in der Leidensgeschichte

unserer Kranken lässt sich nicht vielsagen. Erblichkeit scheint bei den meisten Pat. ausgeschlossen zu sein: nur 2 Patienten geben an, dass einer ihrer Eltern an Krebs gestorben sei und zwar Fall XIII (unter den inop. Fällen) giebt an, dass sein Vater an Zungen- und Kehlkopfkrebs gestorben sei. Fall XII (unter den operabelen Fällen) giebt an, dass sein Vater an Augenkrebs gestorben sei.

Bezüglich des Alters der einzelnen Patienten ist zu bemerken, dass von den 46 Fällen

auf	20—30	Jahre	kein Fall
„	30—40	„	4 Fälle
„	40—50	„	13 „
„	50—60	„	14 „
„	60—70	„	12 „
„	70—80	„	3 „ kommmen.

Damit stimmt also überein, was ich eingangs erwähnte, dass das Mastdarmkarcinom meist jenseits der fünfziger Jahre vorkommt.

Von den 46 Pat. wurde die radikale Operation ausgeführt bei 22, darunter 1 Pat., bei dem vorher die Colostomie gemacht war.

Die Colostomie wurde gemacht bei 18 Kranken; mit Ausspülungen, Bädern etc. wurden behandelt 6 Fälle, und zwar war bei diesen Kranken jedwede Operation unzulässig, weil dieselben so sehr heruntergekommen waren, dass der Exit. let. bevorstand.

Zwischen dem Tage der Operation und dem der Entlassung aus der Klinik liegen meist 4—6 Wochen. Während dieses Aufenthaltes in der Klinik starben 10 Pat. teils an Erschöpfung (4 Fälle), oder an Peritonitis (3 Fälle), an Phlebitis und Endocarditis (1 Fall), an Erysipel (1 Fall) und an Lungenhypostase (1 Fall). Von diesen war bei 3 Kranken die radikale Operation vorgenommen, nämlich bei Fall V, XIII, XVI (unter den operabeln Fällen) und bei den übrigen 7 war

ein Anus praeternaturalis angelegt, nämlich bei Fall II, V, VII, XII, XX, XXIII und XXIV (unter den inop. Fällen).

Von den 22 radikal operierten Pat. erlitten Recidive drei Kranke, nämlich:

1 Recidiv: Frieda Neumann (XV unter den operab. Fällen) (u. XXI unter den inop. Fällen)

1 Recidiv: Carl Russmann (XII unter den operab. Fällen) (XIX unter den inop. Fällen)

2 Recidive: Aug. Mathias (XVII unter den operab. Fällen) (XV unter den inop. Fällen)

Ein Pat. Ziebel Nr. I (unter den operab. Fällen) giebt in seiner Mitteilung an, dass „sein Darm allmählich wieder enger würde", welches ich für ein Verdachtsmoment auf Recidiv halten möchte.

Von 3 Pat. fehlt jede Nachricht, nämlich von Fall XV (unter den operabeln Fällen) und von Fall X und IV (unter den inoperabeln Fällen.)

Von den genannten 3 Fällen, wo Recidive eintraten, stellten sich dieselben ein bei

No. XV nach 2 Jahren,

No. XII nach 3 Jahren,

No. XVII nach 7 Monaten das 1. Recidiv
nach $1^1/_2$ Jahre das 2. Recidiv.

Kommen wir nun zu dem Schlussresultat: Im ganzen wurden 46 Pat. behandelt. Davon machten keine Mitteilung 3 Pat., ferner stellten sich ein 3 Recidive und endlich starben während des Aufenthaltes in der Klinik, wie oben schon gesagt, 10 Pat.; somit bleiben also übrig 30 Kranke. Von diesen leben zur Zeit der Abfassung dieser Arbeit noch 10 Patienten und zwar 8, bei denen die radikale Operation vorgenommen ist, nämlich Fall I, X, XI, XIV, VVIII, XIX, XX, XXII, und 2 bei denen die Colostomie gemacht wurde, nämlich Fall XVI und XXII. Von den übrigen 20 Patienten starben innerhalb des 1. Monats nach dem Austritt aus der Klinik 1 Fall,

innerhalb 2—6 Monate 8 Fälle
„ 6 Monat bis 1 Jahr 4 Fälle,
„ 1—6 Jahren 7 Fälle.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Helferich für die gütige Überweisung dieses Themas sowie für die Durchsicht dieser Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Wiener klin. Wochenschrift I. 11—16. 1888.
Münchener med. Wochenschrift XXXV. 38. 1888.
Berliner Wochenschrift 21. 1892.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XXXIV. 1892.
Zeitschrift für Heilkunde XVIII. 1897.
Beiträge zur klin. Chirurgie XVIII. 1897.

Lebenslauf.

Ich, Hubert Weber, Sohn des Theodor Weber und dessen Ehefrau Karoline, geb. Rick, kath. Konfession, wurde geboren am 25. Oktober 1872 zu Haldern (Rheinland). Den ersten Unterricht genoss ich in der Elementarschule meines Heimatsortes. Dann besuchte ich, durch Privatstunden vorbereitet, im Herbst 1887 das Gymnasium Carolinum zu Osnabrück und später das Gymnasium zu Cleve, welches ich Ostern 1894 mit dem Zeugnis der Reife verliess. S.-S. 1894 und W.-S. 1894/95 studierte ich in Berlin Medizin. Die folgenden 3 Semester studierte ich in Greifswald, wo ich Ostern 1896 die ärztliche Vorprüfung bestand. W.-S. 1896/97 und S.-S. 1897 studierte ich in München und W.-S. 1897/98 wieder in Greifswald. Das Tentamen medicum bestand ich am 26. Februar und das Examen rigorosum am 3. März 1898.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

in Berlin:

Virchow. Waldeyer.

in München:

Amann. Bauer. v. Winkel. v. Ziemssen. Herzog. Oeller. v. Ranke. Schmitt. Seitz. Schech.

in Greifswald:

Ballowitz. Beumer. Bonnet. Busse. Gerstäcker †. Grawitz. Helferich. Hoffmann. Landois. Loeffler. Mosler. Pernice. Solger. Sommer. Schirmer. Schütt. Schulz. Strübing. Tillmann.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

In der Therapie der inoperabeln Fälle von Carcinoma recti ist die Anlegung des Anus praeternaturalis allen anderen Verfahren vorzuziehen.

II.

Bei der Transfusion am Menschen darf nur gesundes Menschenblut genommen werden.

III.

Bei der Diagnose Empyem ist möglichst schnelle Operation am Platze.